Statistik der Verletzungen und Erkrankungen der unteren Extremität aus der Poliklinik der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen im Jahre 1963

von

Walter Hienstorfer

aus

München

Aus der Chirurgischen Klinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Statistik der Verletzungen und Erkrankungen der unteren Extremität aus der Poliklinik der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen im Jahre 1963

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Walter Hienstorfer
aus
München

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan : Prof. Dr. E. Wetterer
Referent : Priv.-Doz. Dr. Bünte
Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann
Tag der mündlichen Prüfung : 27. Mai 1968

MEINEN ELTERN IN
DANKBARKEIT GEWIDMET

Eine Universitätsklinik kommt heute nicht ohne statistische Untersuchungen aus. Einmal ermöglicht sie eine Rechenschaft über die geleistete Arbeit, zum anderen erlauben sie einen Vergleich der eigenen Behandlungsergebnisse und Methoden, mit denen in der Weltliteratur beschriebenen.

Die statistische Erfassung des Ambulanzkrankengutes einer Universitätsklinik wird mit anderen Statistiken helfen, allgemeine Probleme zu lösen. Sie wird Hinweise geben können über die Notwendigkeit von Kliniken, spezielle Einrichtungen und Abteilungen. Sie wird weiterhin Fehlinvestitionen, wie organisatorische Fehler verhindern helfen.

Die vorliegende Dissertation behandelt das Ambulanzkrankengut der Chirurgischen Poliklinik des Jahres 1963. Infolge der zahlenmäßigen Größe wurde sie als Gemeinschaftsarbeit vergeben. Somit konnten in dieser Arbeit nur die Verletzungen der unteren Extremitäten behandelt werden.

Es wird versucht, durch systematische Analyse des Krankengutes Vergleichszahlen zu liefern über Ursache und Art der Unfälle, über die prozentuale Beteiligung beider Geschlechter an den einzelnen Verletzungen und Erkrankungen, sowie über die hausärztlichen Überweisungen.

Das Interesse gilt vor allem auch den Behandlungsarten, deren Ergebnissen und eventuellen Komplikationen. Außerdem wurde die durchschnittliche Dauer der Behandlung und die Arbeitsunfähigkeit bei den einzelnen Verletzungen ermittelt.

INHALTSVERZEICHNIS

MATERIAL

Der statistischen Untersuchung liegen sämtliche Krankenblätter von Patienten mit Erkrankungn und Verletzungen der unteren Extremität zugrunde, die sich im Jahrgang 1963 des Krankenblattarchivs der Chirurgischen Universitätsklinik befanden.

Aus organisatorischen Gründen des Klinikarchivs mußten auch Patienten erfaßt werden, deren Verletzungen in das Jahr 1962 zurückreichen, falls die Behandlung erst 1963 abgeschlossen werden konnte.

Es konnte aus gleichen Ursachen solche Patienten, deren Behandlung erst 1964 zum Abschluß kam, nicht berücksichtigt werden.

Die Anzahl der ausgewerteten Krankenblätter dürfte demnach insgesamt dem Krankengut eines Jahres entsprechen.

Im Jahre 1963 kamen insgesamt 167o Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen im Bereich der unteren Extremität zur Behandlung in die Poliklinik der Chirurgischen Universitätsklinik in Erlangen.

GESCHLECHTSVERTEILUNG

Von diesen Patienten waren 1o33 Vertreter (65,8o%) des männlichen und 637 Vertreter (34,2o%) des weiblichen Geschlechts.

HAUSÄRZTLICHE ÜBERWEISUNGEN

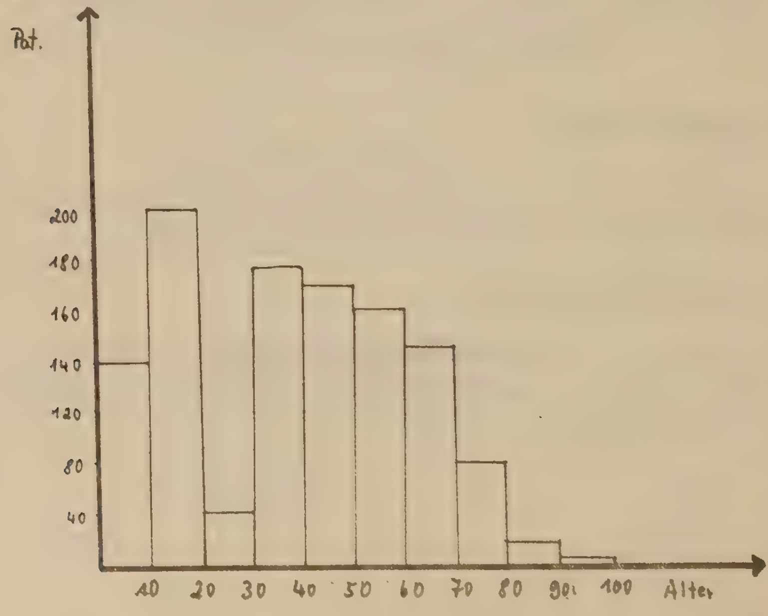
Es wurden 829 Patienten (52,8o%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während 221 Patienten (14,o8%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der einzelnen Verletzungen und Erkrankungen der unteren Extremität nach Geschlecht, wie die hausärztlichen Überweisungen.

Art der Verletzung	♂	♀	B→	→ H
geschlossene Verletzungen	664	399	559	134
frische offene Verletzungen	224	131	19o	7o
entzündliche Prozesse	79	4o	3o	8
nicht unfallbedingte Erkrankungen	66	67	5o	9
S u m m e	1o33	637	829	221

ALTERSVERTEILUNG

Folgende graphische Darstellung zeigt die Verteilung der Verletzungen und Erkrankungen der unteren Extremität nach dem Alter der Patienten.



Art der Behandlung :

Bei insgesamt

13oo Patienten (= 77,84%) wurde eine k o n s e r v a t i v e T h e r a p i e eingeschlagen und bei

37o Patienten (= 22,16%) eine o p e r a t i v e B e - h a n d l u n g durchgeführt.

Es wurden 269 Patienten (= 16,1%) stationär aufgenommen, während 14ol Patienten (= 83,9%) ambulant behandelt wurden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei sämtlichen Erkrankungen und Verletzungen der unteren Extremität betrug:

stationär	1o,o	Tage
ambulant	12,6	Tage
insgesamt	22,6	Tage

Das Krankengut wurde in 4 Hauptgruppen eingeteilt:

I. GRUPPE = GESCHLOSSENEN VERLETZUNGEN
(Distorsionen, Kontusionen, Frakturen, Sehnenrisse, Meniskusverletzungen, Muskelverletzungen)

II. GRUPPE = FRISCHEN OFFENEN VERLETZUNGEN
(Schürfwunden, Platzwunden, Schnittwunden, Quetschwunden, Fremdkörperverletzungen, Stichwunden und Verbrennungen - Erfrierungen)

III. GRUPPE = ENTZÜNDLICHEN PROZESSEN
(Panaritien, Abszesse, Phlegmone, Bursitis, Tendovaginitis; Furunkel, Karbunkel, Osteomyelitis, Periostitis, Gonitis, Erysipel, Erysipeloid).

IV. GRUPPE = NICHT UNFALLBEDINGTEN ERKRANKUNGEN
(arterielle und venöse Gefäßerkrankungen, Tumoren, Senkspreizfüße, Arthrosis deformans, Dupuytren'sche Kontraktur, Clavus, Elephantiasis, posttraumatische Hüftgelenksnekrose).

GRUPPE I

GESCHLOSSENE VERLETZUNGEN

Es kamen insgesamt 1o63 Patienten mit geschlossenen Verletzungen der unteren Extremität zur Behandlung in die Chirurgische Poliklinik.

Geschlechtsverteilung

Von den Patienten waren

664 Patienten (62,46%) männlichen und

399 Patienten (37,54%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen

Es wurden insgesamt 559 Patienten (51,93%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, und 134 Patienten (12,61%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei geschlossenen Verletzungen.

Art der Verletzung	♂	♀	H →	→ H
Distorsion	177	129	164	63
Kontusion	204	9o	154	55
Sehnenrisse	233	161	2o1	12
Meniskusverletzung	16	12	2o	-
Frakturen	25	5	14	-
Muskelverletzung	9	2	6	4
Summe	664	399	559	134

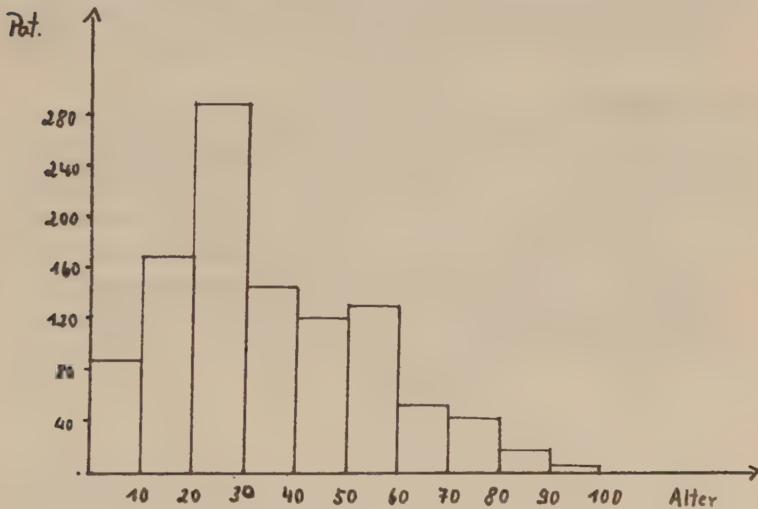
Art der Lokalisation

Die Art, Anzahl und Lokalisation der geschlossenen Verletzungen zeigt folgende Tabelle.

Art der Verletzung	Anzahl und Lokalisation der Verletzungen						
	H-OS	US	Kn	SP	F	Z	M
Distorsion	-	-	59	217	19	11	-
Konfusion	56	35	9o	19	49	21	24
Sehnenriß	-	-	16	12	-	-	-
Meniskusverletzung	-	-	3o	-	-	-	-
Fraktur	74	113	14	1o1	41	51	-
Muskelverletzung	2	6	-	-	-	-	3
Summe	132	154	2o9	349	1o9	83	27

Altersverteilung

Die Verteilung nach dem Alter der Patienten zeigt untere graphische Darstellung.



Art der Behandlung :

Es wurde bei insgesamt

945 Patienten (88,90%) k o n s e r v a t i v und

98 Patienten (9,22%) o p e r a t i v behandelt.

Weitere 2o Patienten (1,88%) kamen zur Nachbehandlung alter Frakturen.

Bei 881 Patienten (82,88%) wurde die Behandlung a m b u l a n t durshgeführt, während die restlichen 182 Patienten (17,22%) s t a t i o n ä r aufgenommen wurden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei den geschlossenen Verletzungen betrug

stationär	13,5 Tage
ambulant	26,9 Tage
insgesamt	40,4 Tage

A. DISTORSIONEN

Die Distorsionen gehören zu den häufigsten Verletzungen, die in der Ambulanz behandelt werden. Mit einer Anzahl von 306 Patienten stand sie an zweiter Stelle hinter den Frakturen. Die Distorsion stellt weiterhin die häufigste Verletzung des Sprunggelenks dar.

Wie aus folgender Tabelle hervorgeht, ist bei über 2/3 aller Distorsionen das Sprunggelenk betroffen.
Es waren insgesamt
217 Patienten (=70,92%) mit Distorsionen des Sprunggelenkes,
59 Patienten (=19,28%) mit Distorsionen des Kniegelenkes,
11 Patienten (= 3,59%) mit Distorsionen der Zehen,
7 Patienten (= 2,29%) mit Distorsionen des Mittelfußes und je
6 Patienten (= 1,96%) mit Distorsionen der Fußwurzel und des Vorfußes.

Geschlechtsverteilung :

Von den insgesamt 306 Patienten, die wegen Distorsionen der unteren Extremitäten in die Ambulanz kamen, waren 177 Vertreter (=57,84%) des männlichen und 129 Vertreter (=42,16%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

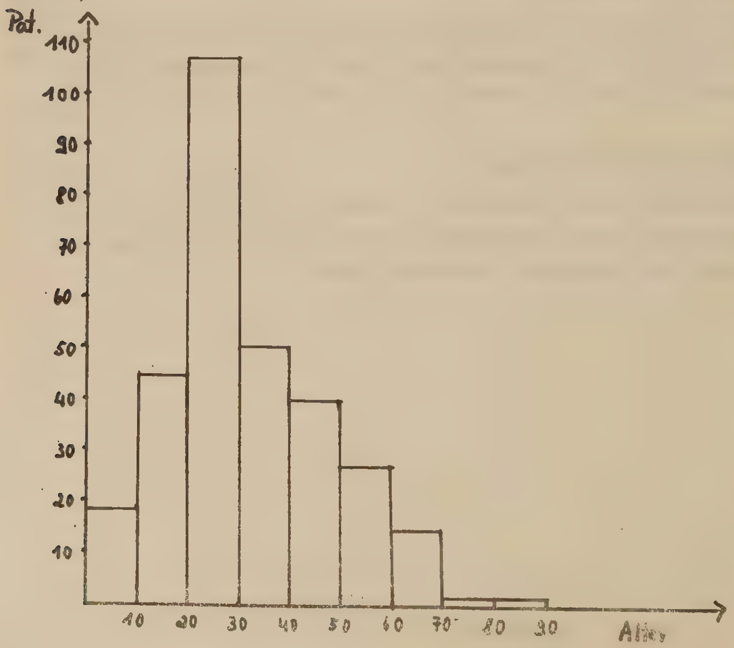
Vom Hausarzt wurden 164 Patienten (=53,59%) in die Chirurgische Poliklinik überwiesen, während 63 Patienten (=20,59%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei den Distorsionen zeigt folgende Tabelle.

	♂	♀	H →	→ H
Kniegelenk	39	2e	59	8
Sprunggelenk	124	93	96	52
Fußwurzel	2	4	-	-
Mittelfuß	1	6	4	1
Vorfuß	4	2	3	1
Zehen	7	4	2	1

Altersverteilung :

Wie die anschließende Tabelle aufzeigt, handelte es sich vorwiegend um junge Patienten, die mit Distorsionen in die Poliklinik in Behandlung kamen. Mit 34,96% war das 3. Dezennium am häufigsten vertreten.



Die Unfallursache der Distorsionen war bei

97 Patienten (=31,7o%) ein Arbeitsunfall,

71 Patienten (=23,2o%) ein Wegeunfall,

65 Patienten (=21,24%) ein Sportunfall,

59 Patienten (=19,28%) ein häuslicher Unfall u n d

14 Patienten (= 4,58%) ein Verkehrsunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Distorsionen nach Art der Unfälle und betroffener Region.

		Arbeit	Wege	Sport	häusliche	Verkehr
Kniegelenk	59	19	6	22	7	5
Sprunggelenk	217	73	55	33	47	9
Fußwurzel	6	-	4	2	-	-
Mittelfuß	7	1	1	1	4	-
Vorfuß	6	2	3	1	-	-
Zehen	11	2	2	6	1	-

Die Arbeitsunfälle verteilten sich zu

75,26% auf das Sprunggelenk,

19,59% auf das Kniegelenk und zu

5,15% auf die übrigen Regionen der unteren Extremität, wie Mittelfuß, Vorfuß, Fußwurzel und Zehen.

Dem Alter nach befanden sich unter den Kniegelenksdistorsionen mehr Patienten die das 4o. Lebensjahr überschritten hatten, während bei den Distorsionen des Sprunggelenks mehr jüngere Patienten vertreten waren.

Die Wegeunfälle verteilten sich zu

77,47% auf das Sprunggelenk,
14,08% auf Fußwurzel, Mittelfuß, Vorfuß und Zehen und zu
8,45% auf das Kniegelenk.

Die Patienten mit Kniegelenkadistorsionen hatten ausschließlich das 4. Dezennium überschritten, während die Patienten welche sich eine Sprunggelenkadistrosion zuzogen, sich vorwiegend erst im 2. und 3. Lebensjahrzehnt befanden, mit Ausnahme der großen Anzahl von Kindern bis zum 5. Lebensjahr, die sich alle an Fahrradspeichen verletzten.

Die Sportunfälle verteilten sich zu

50,78% auf das Sprunggelenk,
33,85% auf das Kniegelenk,
9,23% auf die Zehengelenke und zu
6,16% auf Fußwurzel, Mittelfuß und Vorfuß.

Die Patienten waren im Alter von 5 bis 45 Jahre, wobei Patienten, die das 3. Dezennium überschritten hatten, sich vorwiegend beim Wintersport verletzt hatten.

Allein 44 Sportunfälle (=67,69%) ereigneten sich beim Skisport und Fußballspiel, während sich 6 Patienten (=9,23%) bei der Leichtathletik und 15 Patienten (=23,0%) durch übrige Sportarten verletzten.

Eine Übersicht über die Arten der Sportunfälle und ihre Verteilung auf die einzelnen Regionen zeigt folgende Tabelle.

		Ski	Fußball	Leichtathletik	übrige
Kniegelenk	22	12	8	-	2
Sprunggelenk	33	7	14	2	1o
Fußwurzel	2	-	1	1	-
Mittelfuß	1	1	-	-	-
Vorfuß	1	-	-	-	1
Zehen	6	-	1	3	2
insgesamt	65	2o	24	6	15

Die häuslichen Unfälle verteilten sich zu
79,66% auf das Sprunggelenk,
11,87% auf das Kniegelenk und zu
8,47% auf Mittelfuß und Vorfuß.

Es trat unter den verletzten Patienten keine Altersstufe besonders hervor. Die Verletzung erfolgte durch Umknicken bei zu starker Belastung während der häuslichen Arbeit.

Die Verkehrsunfälle waren unter den Distorsionen nur schwach vertreten. Die Verletzungen bezogen sich ausschließlich auf das Knie- und Sprunggelenk.

Die Verkehrsunfälle verteilten sich zu
64,29% auf das Sprunggelenk, und zu
35,71% auf das Kniegelenk.

Dem Alter nach waren ab dem 2. Dezennium sämtliche Altersgruppen unter den behandelten Patienten vertreten, wobei keine besonders hervortrat.

Art der Behandlung :

Es wurde bei allen Patienten eine K o n s e r v a t i v e Therapie eingeschlagen, wobei von den insgesamt 3o6 Patienten

3o2 Patienten a m b u l a n t behandelt und

4 Patienten wegen zusätzlichen anderen Verletzungen außerhalb der unteren Extremität, s t a t i o n ä r aufgenommen wurden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Distorsionen betrug

stationär	o,1 Tage
ambulant	7,5 Tage
insgesamt	7,6 Tage

1. KNIEGELENKSDISTORION

Unter den 59 Patienten, die mit einer Kniegelenkdistorsion in die Ambulanz kamen, hatten 3 zugleich eine Distorsion des Sprunggelenks. Bei weiteren 2 Patienten wurde außerdem eine Arthrosis deformans festgestellt.

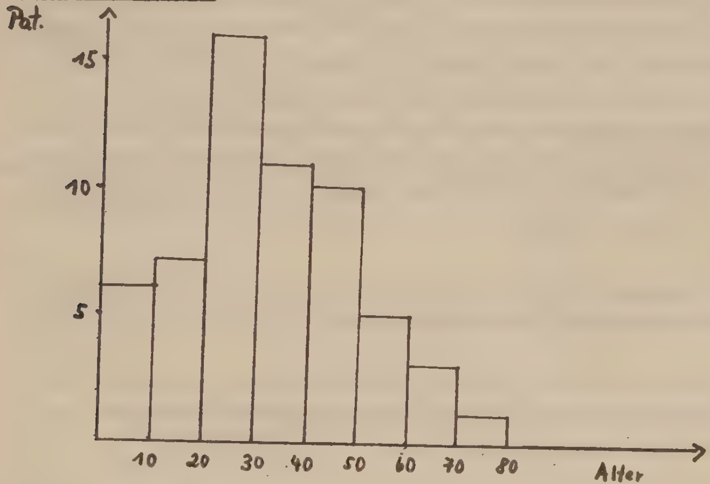
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 39 Vertreter (=66,1%) des männlichen,und 2o Vertreter (=33,9%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden sämtliche Patienten vom Hausarzt in die chirurgische Ambulanz überwiesen, während 8 Patienten (=13,56%) zur weiteren Behandlung dem Hausarzt übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

22 Patienten (=37,29%) durch einen Sportunfall,

19 Patienten (=32,20%) durch einen Arbeitsunfall,

7 Patienten (=11,85%) durch einen häuslichen Unfall,

6 Patienten (=10,17%) durch einen Wegeunfall und

5 Patienten (= 8,49%) durch einen Verkehrsunfall.

<u>Art der Behandlung :</u>

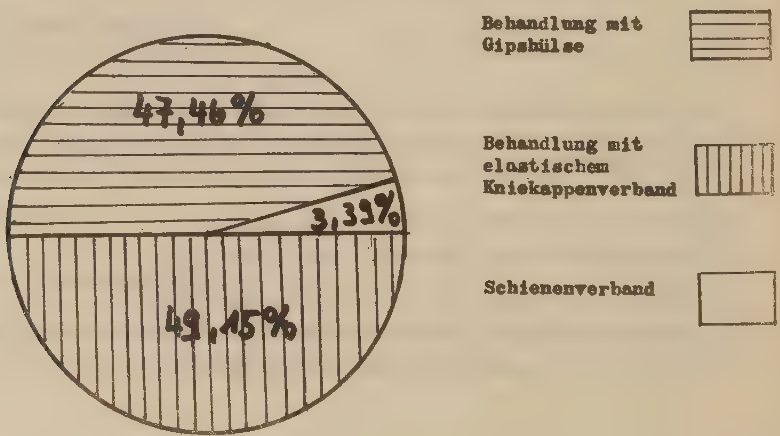
Die Behandlung der Kniegelenkdistorsionen erfolgte je nach Alter der Patienten, Schwere der Verletzung und subjektiven Beschwerden.

Von den 59 Patienten wurden 29 (=49,15%) mit einer Gipshülse behandelt. Diese beließ man 1 bis 4 Wochen, um sie anschließend durch einen elastischen Stützverband oder Zinkleimverband mit Kniekappe zu ersetzen. Der Verband wurde für weitere 1 - 2 Wochen belassen.

In 3 Fällen konnte die Gipshülse erst später als in 5 Wochen entfernt werden. Der Grund hierfür war einmal ein hartnäckiger Gelenkerguß, zum anderen langanhaltende Schmerzen, wie ein zu spät erkannter Hinterkomeinriß.

Bei 2 Patienten (=3,39%) wurde eine Oberschenkelschiene mit Kniekappenverband für 1 - 2 Wochen angelegt.

Für die restlichen 28 Patienten (=47,46%) genügte eine Behandlung mit einem elastischen Verband. Dieser wurde meistens bereits nach einigen Tagen, spätestens in 8 bis 10 Tagen abgenommen.



Zusätzliche therapeutische Maßnahmen :

Wegen eines größeren Ergusses mußten 6 Punktionen durchgeführt werden. 2 mal wurden zur Nachbehandlung krankengymnastische Übungen angeordnet und weitere 2 mal mußte nachträglich wegen anhaltendem Rotationsschmerz ein Kniekappenverband angelegt werden. In einem Falle wurde wegen zusätzlicher Schürfwunde gegen Tetanus immunisiert.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis war zufriedenstellend. Selbst bei den 3 Patienten, die aus oben angeführten Gründen 12 Wochen lang arbeitsunfähig waren.

Als Komplikation bekam ein Patient 3 Wochen nach Behandlungsbeginn eine Thrombophlebitis.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Kniegelenksdistorsionen betrug

stationär	o,1 Tage
ambulant	18,6 Tage
insgesamt	18,7 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei leichten Distorsionen, die ausschließlich mit elastischen Stützverbänden behandelt wurden, war meistens keine Arbeitsunfähigkeit zu verzeichnen. Lediglich Schwerarbeiter konnten oftmals erst nach 6 - lo Tagen ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Bei schweren Distorsionen betrug die Arbeitsunfähigkeit 4 Wochen, im längsten Falle 6 Wochen.

Eine Ausnahme machten 3 Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeit von 12 Monaten. Von diesen war es bei 2 Patienten zu einem ständig rezidivierendem Erguß gekommen, bei 1 Patienten war erst im Laufe der Behandlung ein Innenbandmeniskusschaden festgestellt worden.

2. SPRUNGGELENKSDISTORSIONEN

Von den insgesamt 217 Patienten mit Sprunggelenksdistorsionen hatten 6 Patienten zusätzliche Kontusionen, Platz- und Schürfwunden, 2 Patienten eine Commotio, 1 Patient eine Brust- und Lendenwirbelprellung.

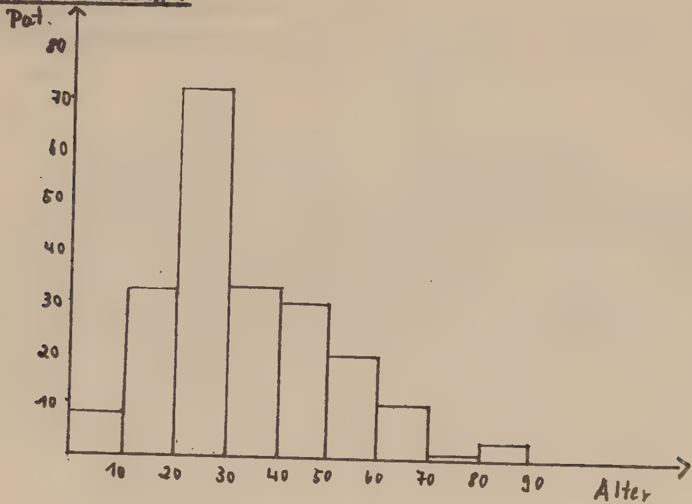
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 124 Vertreter (=57,14%) des männlichen und 93 Vertreter (=42,86%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 96 Patienten (=44,24%) vom Hausarzt in die Ambulanz der Chirurgischen Poliklinik überwiesen, während 52 Patienten (=23,96%) wiederum der weiteren hausärztlichen Behandlung dem Hausarzt übergeben wurden.

Altersverteilung :



Arten der Unfälle :

Es verletzten sich

73 Patienten (=33,64%) durch einen Arbeitsunfall,
55 Patienten (=25,34%) durch einen Wegeunfall,
47 Patienten (=21,66%) durch einen häuslichen Unfall,
33 Patienten (=15,21%) durch einen Sportunfall und
9 Patienten (= 4,15%) durch einen Verkehrsunfall.

Behandlungsarten :

Die Therapie bei den Sprunggelenksdistorsionen erfolgte wie bei den übrigen Distorsionen je nach Alter, Schwere der Verletzung und subjektiven Beschwerden.

Von den insgesamt 217 Patienten wurde bei 77 Patienten (=35,48%) ein Unterschenkelliegegips angelegt, der sofort aufgeschnitten wurde. Bei 5 Patienten (=2,31%) verwandte man primär einen Gehgipsverband.

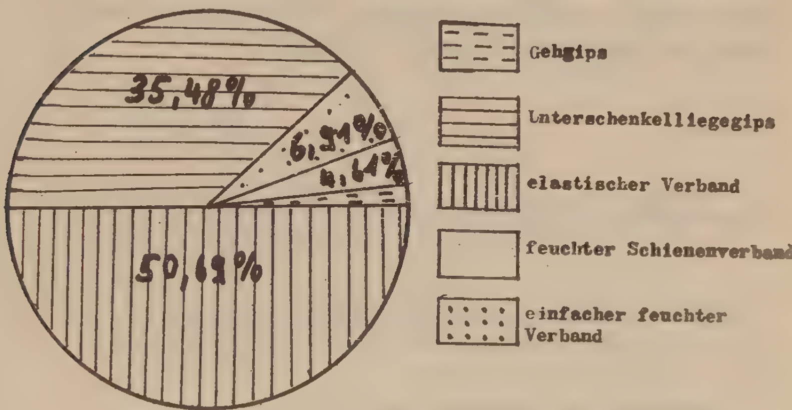
Der Gips wurde gewöhnlich nach 1 bis 2 Wochen durch einen elastischen Verband, bzw Zinkleimverband ersetzt. In 4 Fällen konnte die Gipsabnahme erst in 4 Wochen, in einem Fall erst in 5 Wochen erfolgen. Bei ersteren handelte es sich um schwere Distorsionen mit stärkeren Haematomen, um fragliche Sehneneinrisse oder um Sprunggelenksdistorsionen nach älterer malleolären Fraktur. Bei letzterem wurde nachträglich ein knöcherner Anriß festgestellt.

Bei 1o Patienten (=4,61%) legte man für einige Tage einen feuchten Schienenverband an, wobei Hochlagerung angeordnet wurde.

Weitere 15 Patienten (=6,91%) bekamen einen einfachen feuchten Verband bei Bettruhe verordnet.

Der größte Anteil der Patienten, nämlich 11o (=5o,69%) wurde mit einem Elastoplastverband versorgt.

Eine Übersicht über die Therapie bei Sprunggelenksdistorsion zeigt folgende graphische Darstellung.



<u>Behandlungsergebnis :</u>

Das Ergebnis der Therapie war zufriedenstellend. Es kam zu keinerlei Komplikationen.

<u>Behandlungsdauer :</u>

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Sprunggelenksdistorsionen betrug

stationär	o,1 Tage
ambulant	4,9 Tage
insgesamt	5,o Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Patienten mit leichten Distorsionen des Sprunggelenks konnten die Arbeit sofort wieder aufnehmen. Lediglich Schwerarbeiter waren 1 bis höchstens 2 Wochen arbeitsunfähig. Bei schweren Distorsionen betrug die Arbeitsunfähigkeit 2 bis 4 Wochen.

3. FUSSWURZEL- MITTELFUSS- VORFUSS- ZEHENDISTORSIONEN

Die Distorsionen dieses Bereichs spielen zahlenmäßig nur eine geringe Rolle. Die insgesamt 3o Fälle teilten sich auf in
11 Distorsionen der Zehengelenke,
 7 Distorsionen des Mittelfußes und in je
 6 Distorsionen des Fußwurzel bzw des Vorfußes.

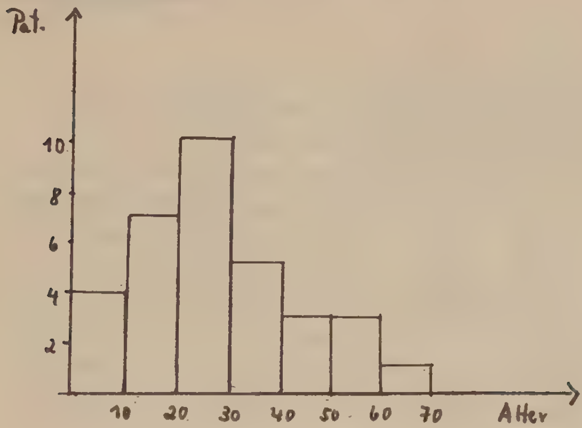
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 14 (=46 2/3%) männlichen und 16 (=53 1/3%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 9 Patienten (=3o%) vom Hausarzt in die Chirurgische Poliklinik überwiesen, während 3 Patienten (=1o%) zur weiteren Behandlung wieder dem Hausarzt übergeben wurden.

Altersverteilung :



Arten der Unfälle :

Es verletzten sich

je 10 Patienten (=33 1/3%) durch einen Sportunfall bzw
durch einen Wegeunfall und

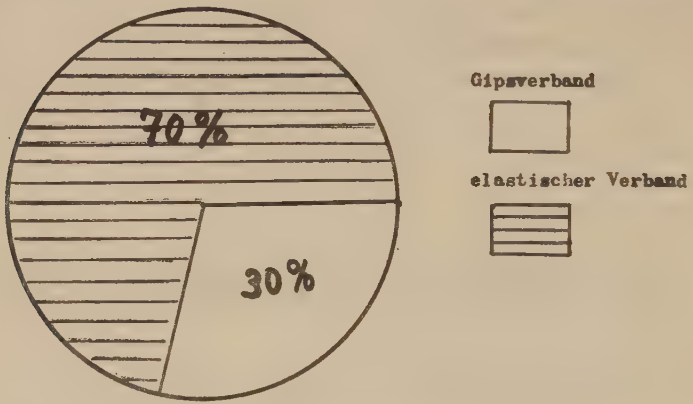
je 5 Patienten (=16 2/3%) durch einen Arbeitsunfall bzw
durch einen häuslichen Unfall.

Behandlungsarten :

Die Therapie erfolgte in 9 Fällen (=30%) mit einem Gipsverband. Diesen ersetzte man nach 6 bis 10 Tagen durch einen elastischen Stützverband. Bei Zehendistorsionen wurde nur dann ein Gipsverband angelegt, wenn es sich um eine Großzehenluxation handelte. Für Subluxationen reichte die Fixation durch einen Pflasterzügel aus.

In den übrigen 21 Fällen (=70%) reichte zur Therapie ein elastischer Stützverband aus, falls überhaupt eine Behandlung nötig war.

Eine Übersicht über die Art der Behandlung zeigt folgende graphische Darstellung.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war zufriedenstellend. Lediglich bei einem Patienten mit Großzehenluxation zeigte sich eine starke Schwellungsneigung, weshalb der Gehgips durch einen feuchten Schienenverband ersetzt wurde.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung betrug

Stationär	o,o Tage
ambulant	5,3 Tage
insgesamt	5,3 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Eine Arbeitsunfähigkeit war nur in Ausnahmefällen zu verzeichnen, und vorwiegend bei Schwerarbeitern, deren Beruf die Heilung verzögert hätte. Sie betrug 6 bis 1o Tage, also die Zeit bis zur Gipsabnahme.

B. KONTUSIONEN

Die Kontusionen unterschieden sich in der Behandlung nicht von den Distorsionen. Sie kamen mit 294 Patienten zahlenmäßig bei den geschlossenen Verletzungen an 3. Stelle. 54 Patienten hatten zusätzliche Verletzungen an anderen Regionen außerhalb der unteren Extremität. Es hatten insgesamt

9o Patienten (=3o,61%) Kontusionen am Knie,
49 Patienten (=16 2/3%) Kontusionen an Fußwurzel, Mittelfuß und Vorfuß,
35 Patienten (=11,61%) Kontusionen am Unterschenkel, je
28 Patienten (= 9,52%) Kontusionen am Oberschenkel, Hüftgelenk und Becken,
24 Patienten (= 8,17%) multiple Kontusionen der unteren Extremität,
21 Patienten (= 7,14%) Kontusionen an den Zehen und
19 Patienten (= 6,46%) Kontusionen am Sprunggelenk.

War bei den Distorsionen hauptsächlich das Sprunggelenk betreffen, so spielten die Verletzungen des Sprunggelenks durch Kontusionen eine untergeordnete Rolle. Hier traten besonders die Verletzungen des Kniegelenks zahlenmäßig hervor.

Geschlechtsverteilung :

Von den insgesamt 294 Patienten, die wegen Kontusionen der unteren Extremität in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung kamen, waren 2o4 Patienten (=69,39%) männlichen und 9o Patienten (=3o,61%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 154 Patienten (=52,38%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, wobei wiederum 55 Patienten (=18,71%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

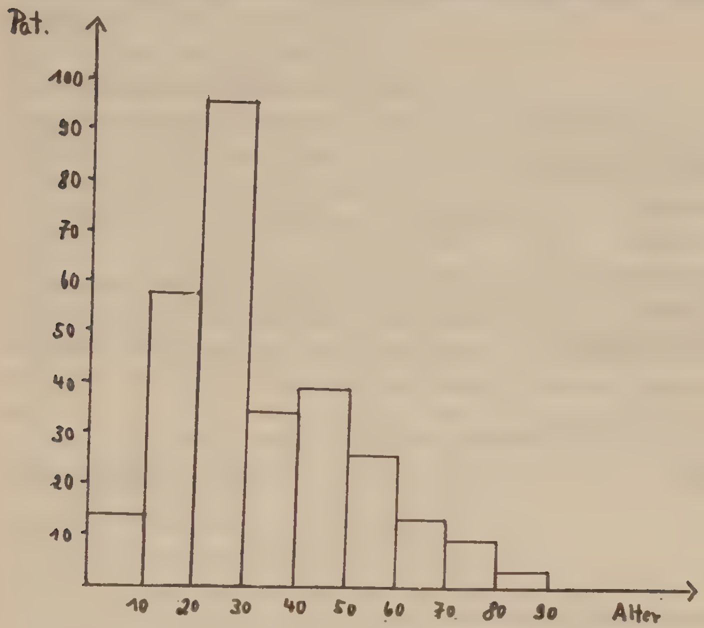
Folgende Tabelle zeigt die Übersicht über die Verteilung nach Geschlecht und über die hausärztlichen Überweisungen bei Kontusionen.

	♂	♀	H →	→ H
Hüftgelenk und Becken	19	9	21	2
Oberschenkel	23	5	23	5
Unterschenkel	29	6	2o	9
Knie- und Kniegelenk	46	44	16	7
Sprunggelenk	14	5	1o	4
Fußwurzel- Mittelfuß- Vorfuß	42	7	31	16
Zehen	15	6	14	6
multiple Kontusionen	16	8	19	6
insgesamt	2o4	9o	154	55

Altersverteilung :

Wie bei den Distorsionen, handelte es sich vorwiegend um junge Patienten, die zur Behandlung mit Kontusionen in die Poliklinik kamen. Mit 32,65% war ebenfalls das 3. Dezennium am häufigsten vertreten.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Patienten nach dem Alter.



<u>Art der Unfälle :</u>

Es verletzten sich
1o9 Patienten (=37,o7%) durch einen Arbeitsunfall,
71 Patienten (=24,15%) durch einen Verkehrsunfall,
47 Patienten (=15,99%) durch einen Wegeunfall,
38 Patienten (=12,93%) durch einen häuslichen Unfall und
29 Patienten (= 9,86%) durch einen Sportunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Kontusionen nach Art der Unfälle und betroffener Region.

		Arbeit	Verkehr	Wege	häusliche	Sport s
Hüftgelenk und Becken	28	9	7	6	6	-
Oberschenkel	28	9	14	1	1	3
Unterschenkel	35	15	7	2	5	6
Knie und Kniegelenk	9o	29	28	2o	8	5
Sprunggelenk	19	3	4	2	5	5
Fußwurzel-Mittelfuß-Vorfuß	49	27	3	6	6	7
Zehen	21	7	-	5	7	2
multiple Kontusionen	24	1o	8	5	-	1
insgesamt	294	1o9	71	47	38	29

Die Arbeitsunfälle verteilten sich zu

28,6o% auf das Knie und Kniegelenk,
24,78% auf Fußwurzel- Mittelfuß und Vorfußbereich,
13,76% auf den Unterschenkel,
9,17% auf multiple Gebiete der unteren Extremität und je
8,2o% auf das Hüftgelenk, Becken, bzw den Oberschenkel,
6,52% auf den Bereich der Zehen und
2,76% auf das Sprunggelenk.

Sämtliche Patienten waren im arbeitsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren, wobei sich die meisten Arbeitsunfälle vom 15. bis zum 3o. Lebensjahr ereigneten. Unter den Oberschenkel- Unterschenkel- und Kniekontusionen waren mehr Patienten, die das 4. Dezennium überschritten hatten, während die jüngeren vorwiegend Sprunggelenk- und Fußkontusionen davontrugen.

Durch Verkehrsunfälle wurden weit mehr Kontusionen als Distorsionen verursacht. Sie verteilten sich zu

39,44% auf das Knie und Kniegelenk,
19,72% auf den Oberschenkel,
11,27% auf multiple Gebiete der unteren Extremität, je
9,86% auf das Hüftgelenk und Becken bzw auf den Unterschenkel,
5,63% auf das Sprunggelenk und
4,22% auf Fußwurzel- Mittelfuß- und Vorfußbereich.

Es waren bei den durch Verkehrsunfälle verursachten Kontusionen Patienten aller Altersstufen vertreten, wobei das Alter vom 15.bis 3o. Lebensjahr zahlenmäßig besonders hervorragte. Außerdem wiesen die Patienten sehr viele Verletzungen außerhalb der unteren Extremität auf.

Die Wegeunfälle verteilten sich zu

42,55% auf das Knie und Kniegelenk,
je 12,77% auf Hüftgelenk und Becken bzw auf
Fußwurzel- Mittelfuß- und Vorfußbereich,
je 1o,64% auf den Zehenbereich bzw
auf multiple Gebiete der unteren Extremität,
je 4,25% auf den Unterschenkel bzw
auf das Sprunggelenk und
2,13% auf den Oberschenkel.

Bei den Wegeunfällen konnte keine besondere Altersabhängigkeit festgestellt werden. Auffallend war jedoch, daß unter den Kindern sich sehr viele Fahrradspeichenverletzung zuzogen.

Die häuslichen Unfälle verteilten sich zu

21,o5% auf das Knie und Kniegelenk,
18,42% auf den Zehenbereich,
je 15,79% auf Hüftgelenk und Becken bzw
auf Fußwurzel- Mittelfuß und Vorfußbereich,
je 13,16% auf den Unterschenkel bzw
auf das Sprunggelenk und
2,63% auf den Oberschenkel.

Dem Alter nach befanden sich unter den Patienten, die sich eine Hüftgelenks- und Beckenkontusion zuzogen überwiegend solche, die das 6. Dezennium überschritten hatten. Im übrigen konnte ebenfalls keine besondere Altersabhängigkeit festgestellt werden.

Die Sportunfälle verteilten sich zu

24,14% auf Fußwurzel- Mittelfuß- und Vorfußbereich,
2o,69% auf den Unterschenkel,
je 17,24% auf das Knie und Kniegelenk bzw
auf das Sprunggelenk und
1o,34% auf den Oberschenkel,
6,9o% auf den Zehenbereich und
3,45% auf multiple Bereiche der unteren Extremität.

Im Verhältnis zu den Distorsionen wurden relativ wenig Kontusionen durch Sportunfälle verursacht. Es ereigneten sich allein 22 Sportunfälle (=75,86%) beim Skisport und Fußballspiel, während sich nur 1 Patient (=3,45%) bei der Leichtathletik und 6 Patienten (=2o,69%) durch übrige Sportarten verletzten.

Dem Alter nach handelte es sich ausschließlich um Patienten zwischen 5 und 45 Jahre, wobei hauptsächlich die Altersgruppe von 15 bis 3o Jahre betroffen waren.

Art der Behandlung :

Sämtliche Patienten wurden k o n s e r v a t i v behandelt, wobei von den insgesamt 294 Patienten

286 Patienten a m b u l a n t behandelt und

8 Patienten wegen zusätzlichen anderen Verletzungen außerhalb der unteren Extremität s t a t i o n ä r aufgenommen wurden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Kontusionen betrug

stationär	o,1 Tage
ambulant	2,7 Tage
insgesamt	2,8 Tage

1. KONTUSIONEN DES HÜFTGELENKS UND DES BECKENS

Unter den 28 Patienten hatten 8 Patienten zusätzlich Kontusionen, Platz- und Schürfwunden an Kopf und oberen Extremitäten und 2 Patienten eine Commotio.

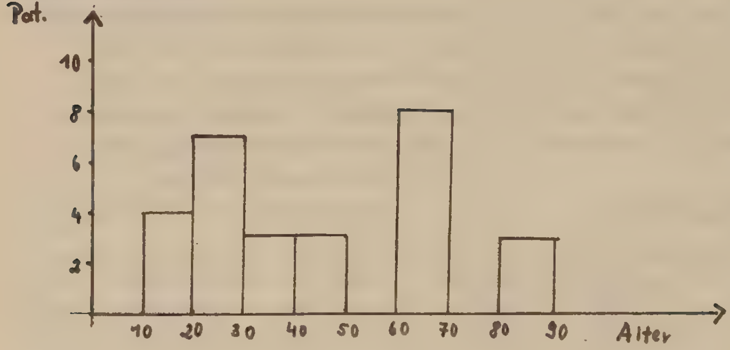
Geschlechtsverteilung :

Es waren darunter 19 Patienten (=67,68%) Vertreter des männlichen und 9 Patienten (=32,14%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 21 Patienten (=75%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. Nur 2 Patienten (=7,14%) übergab man der weiteren hausärztlichen Behandlung.

Altersverteilung :



Arten der Unfälle :

Es verletzten sich
9 Patienten (=32,14%) durch einen Arbeitsunfall und
7 Patienten (=25%) durch einen Verkehrsunfall und je
6 Patienten (=21,44%) durch einen Wegeunfall bzw
durch einen häuslichen Unfall.

Art der Behandlung :

Es wurde bei sämtlichen Patienten Bettruhe für einige Tage und etwaige Umschläge angeordnet. Die Bettruhe wurde bei 5 älteren Patienten auf bis 2 Wochen ausgedehnt.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie war erwartungsgemäß gut, sieht man von 2 Patienten ab, die wegen einer zusätzlichen Hüftarthrose längere Zeit Beschwerden hatten.

Behandlungsdauer:

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Kontusionen des Hüftgelenks und des Beckens betrug

stationär	0,1 Tage
ambulant	1,2 Tage
insgesamt	1,3 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Lediglich bei 2 Patienten, die zusätzliche Verletzungen außerhalb der unteren Extremität hatten, war eine Arbeitsunfähigkeit von 1 Woche zu verzeichnen. Die übrigen Patienten konnten sofort wieder ihre Arbeit aufnehmen.

2. KONTUSIONEN DES OBERSCHENKELS

Von den 28 Patienten, die mit Kontusionen des Oberschenkels in die Ambulanz zur Behandlung kamen, hatten 6 Patienten außerdem Kontusionen, Platz- und Schürfwunden außerhalb der unteren Extremität. Bei 3 Patienten wurde eine zusätzliche Commotio cerebri festgestellt.

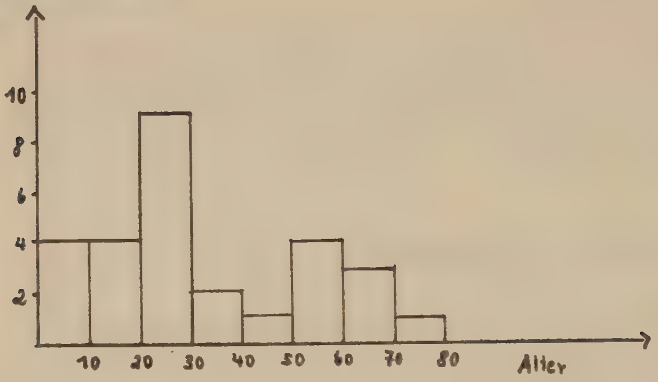
Geschlechtsverteilung :

Es waren darunter 23 Patienten (=82,14%) Vertreter des männlichen und 5 Patienten (=17,86%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt überwiesen wurden 23 Patienten (=82,14%), während 5 Patienten (=17,86%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



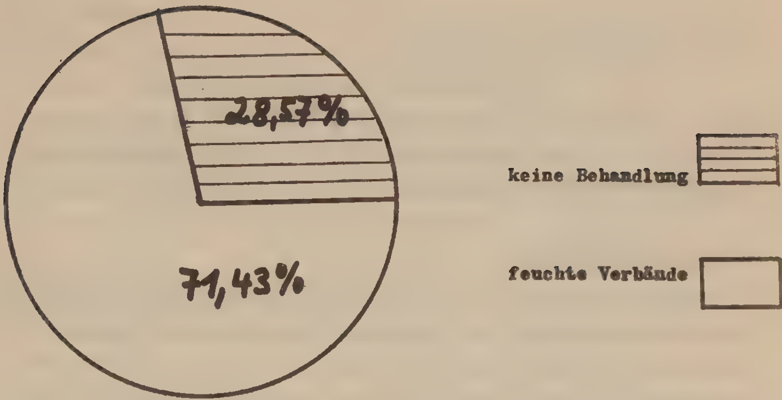
Art der Unfälle :

Es verletzten sich

14 Patienten (=5o%) durch einen Verkehrsunfall,
9 Patienten (=32,14%) durch einen Arbeitsunfall,
3 Patienten (=1o,72%) durch einen Sportunfall und
je 1 Patient (= 3,57%) durch einen Wegeunfall bzw
durch einen häuslichen Unfall.

Art der Behandlung :

Es hatten 8 Patienten (=28,57%) keine Behandlung nötig. Bei 2o Patienten (=71,43%) wurden feuchte Verbände angewandt. Gegen Schmerzen verordnete man Butazolidindragees.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie war wie bei den übrigen Kontusionen gut.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Kontusionen des Oberschenkels betrug

stationär	o,1	Tage
ambulant	1,8	Tage
insgesamt	1,9	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei isolierten Kontusionen nahmen die Patienten ihre Arbeit sofort wieder auf. Nur 2 Patienten waren 2 Wochen arbeitsunfähig. Sie hatten zusätzlich multiple Schürfwunden.

3. KONTUSIONEN DES UNTERSCHENKELS

Unter den 35 Patienten mit Kontusionen des Unterschenkels hatten 3 Patienten außerdem Kontusionen an anderen Körperregionen, und 2 Patienten eine Commotio cerebri.

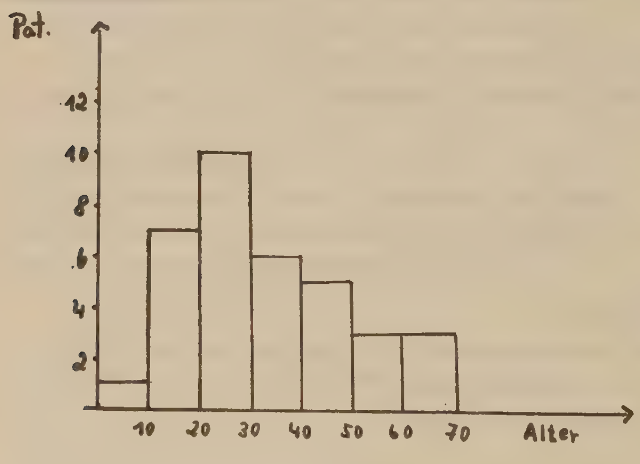
Geschlechtsverteilung :

Es befanden sich unter den Patienten 29 Vertreter (=82,86%) des männlichen und 6 Vertreter (=17,14%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

In die Poliklinik wurden 20 Patienten (=57,14%) vom Hausarzt eingewiesen, 9 Patienten (=25,71%) wurden diesem zur weiteren Behandlung übergeben.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

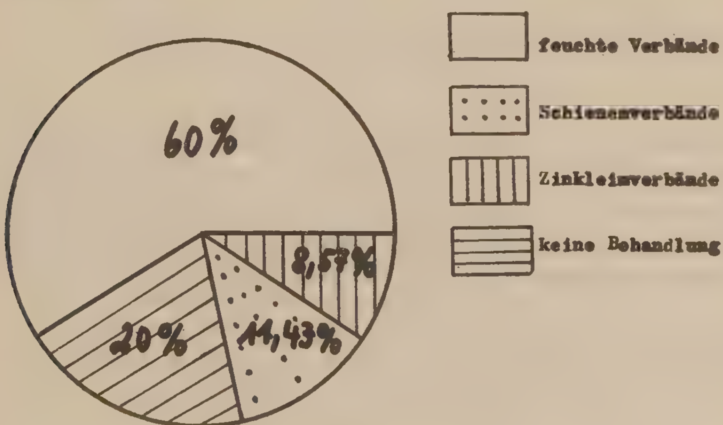
Es verletzten sich
15 Patienten (=42,86%) durch einen Arbeitsunfall,
7 Patienten (=20,00%) durch einen Verkehrsunfall,
6 Patienten (=17,14%) durch einen Sportunfall,
5 Patienten (=14,29%) durch einen häuslichen Unfall und
2 Patienten (= 5,71%) durch einen Wegeunfall.

Art der Behandlung :

Die Behandlung der Unterschenkelkontusionen erfolgte wie bei den übrigen Kontusionen der unteren Extremität, je nach Stärke der Verletzung, subjektive Beschwerden und Alter der Patienten. Es wurden

21 Patienten (=60,00%) mit feuchten Verbänden,
4 Patienten (=11,43%) mit Schienenverbänden und
3 Patienten (= 8,57%) mit Zinkleimverbänden behandelt.

Bei weiteren 7 Patienten (=20%) war keine Therapie nötig.
Die 4 Patienten, denen ein Schienenverband angelegt wurde, bekamen diesen wegen eines ausgedehnten Haematoms. Die Schiene wurde 2 - 4 Wochen belassen.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war erwartungsgemäß gut. Als Komplikation trat bei einem Patienten mit stärkerem Haematom eine Thrombophlebitis auf. Er wurde stionär verlegt.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Unterschenkelkontusionen betrug

stationär	o,o5 Tage
ambulant	3,7o Tage
insgesamt	3,75 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Eine Arbeitsunfähigkeit trat bei 18 Patienten ein. Bei 33 1/3 dieser Patienten dauerte sie bis 2 Wochen wegen größerer Haematome und Schmerzen, während die übrigen Patienten nicht mehr als 1 Woche arbeitsunfähig waren.

4. KONTUSIONEN DES KNIEGELENKS

Die Patienten, welche mit Kontusionen des Kniegelenks in die Ambulanz kamen, hatten häufig andere Verletzungen außerhalb der unteren Extremität. So konnten bei 16 Patienten zusätzliche Kontusionen, bei 2 Patienten Quetsch- und Rißwunden an Kopf und oberer Extremität festgestellt werden. Weitere 2 Patienten hatten stumpfe Bauchtraumen, und je 1 Patient ein Claviculafraktur bzw eine Commotio cerebri.

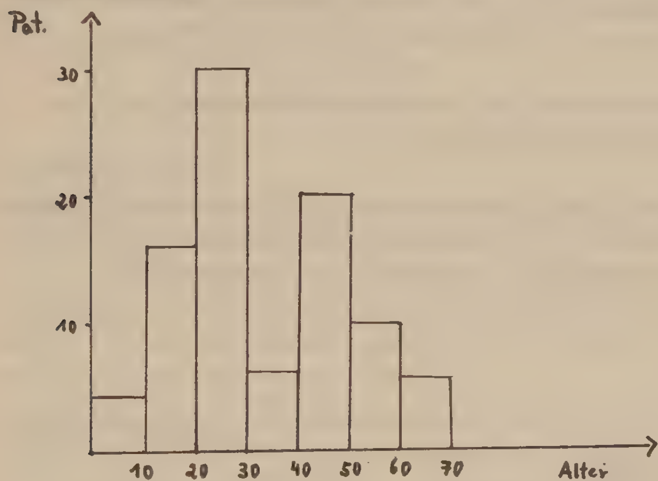
Geschlechtsverteilung :

Von den 9o Patienten waren 46 Vertreter (=51,11%) des männlichen und 44 Vertreter (=48,89%) des weiblichen Geschlechts.

<u>**Häusliche Überweisungen :**</u>

Es wurden 16 Patienten (=17,77%) vom Hausarzt in die Poliklinik überwiesen, während 7 Patienten (=7,77%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

<u>**Altersverteilung :**</u>



<u>**Art der Unfälle :**</u>

Es verletzten sich
29 Patienten (=32,26%) durch einen Arbeitsunfall,
28 Patienten (=31,11%) durch einen Verkehrsunfall,
2o Patienten (=22,22%) durch einen Wegeunfall,
8 Patienten (= 8,89%) durch einen häuslichen Unfall und
5 Patienten (= 5,56%) durch einen Sportunfall.

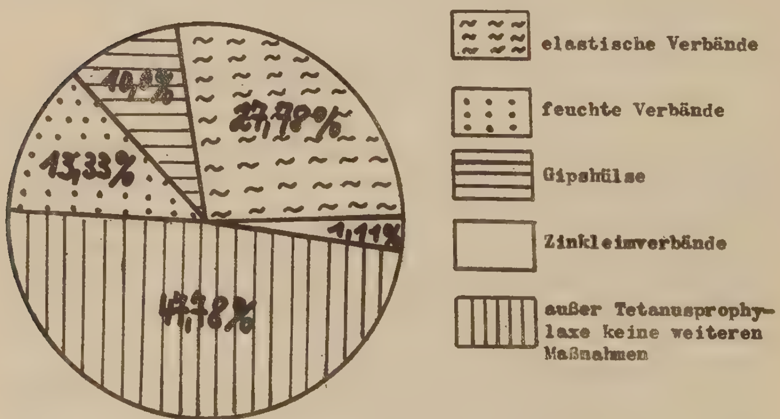
Art der Behandlung :

Die Behandlung richtete sich nach der Schwere der Verletzung, Alter der Patienten, sowie den subjektiven Beschwerden.
Es wurden

25 Patienten (=27,78%) mit elastischen Verbänden,
12 Patienten (=13,33%) mit feuchten Verbänden,
9 Patienten (=10,00%) mit einer Gipshülse und
1 Patient (= 1,11%) mit Zinkleimverbänden behandelt.

Bei 43 Patienten (=47,78%) war außer der Tetanusprophylaxe keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Die Patienten, denen eine Gipshülse angelegt wurde, hatten durchwegs einen Gelenkerguß. Die Gipshülse beließ man 2 Wochen. Daraufhin wurde sie abgenommen und durch einen elastischen Verband ersetzt.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war gut. Es kam zu keinerlei Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Kontusionen des Kniegelenks betrug

stationär	o,o5	Tage
ambulant	5,3	Tage
insgesamt	5,35	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Von den 9o Patienten waren insgesamt 18 (=2o%) arbeitsunfähig. Davon waren wiederum 7 Patienten bis 1 Woche und
4 Patienten bis 2 Wochen arbeitsunfähig.
Bei weiteren 5 Patienten betrug die Arbeitsunfähigkeit mehr als 2 Wochen. Es handelte sich dabei um Patienten mit recidivierenden Knieergüssen und Mehrfachverletzungen.

Eine Ausnahme machte ein Patient, der wegen einer Arthrosis deformans und infolge seines Übergewichtes eine nicht unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 13 Wochen aufwies.

5. KONTUSIONEN DES SPRUNGGELENKS

Als zusätzliche Verletzungen außerhalb der unteren Extremität hatten je 1 Patient eine Claviculafraktur und 3 Patienten eine Commotio cerebri.

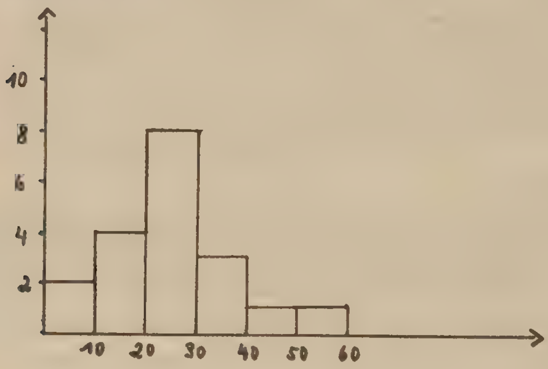
Geschlechtsverteilung :

Unter den 19 Patienten waren 14 Vertreter (=73,68%) des männlichen und 5 Vertreter (=26,32%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden lo Patienten (=52,63%) in die Chirurgische Poliklinik überwiesen, während 4 Patienten (=21,o5%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

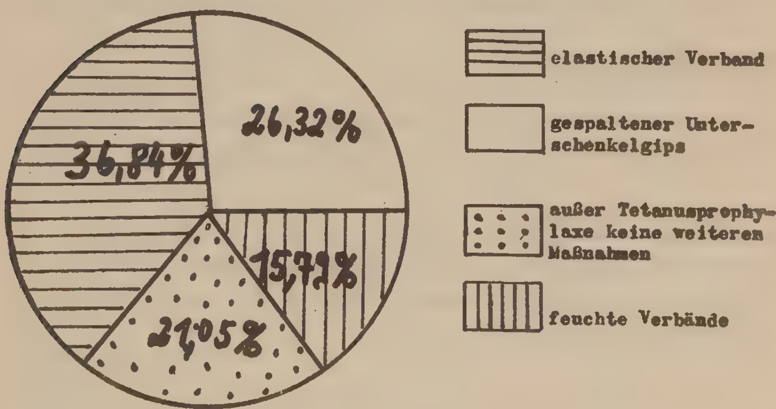
je 5 Patienten (=26,32%) durch einen Sportunfall bzw
durch einen häuslichen Unfall,
4 Patienten (=21,o5%) durch einen Verkehrsunfall,
3 Patienten (=15,79%) durch einen Arbeitsunfall und
2 Patienten (=1o,52%) durch einen Wegeunfall.

Art der Behandlung :

Die Therapie erfolgte wie bei allen Kontusionen nach den oben erwähnten Richtlinien. Es wurden

7 Patienten (=36,84%) mit elastischen Verbänden,
5 Patienten (=26,32%) mit gespaltenem Unterschenkelgips und
3 Patienten (=15,79%) mit feuchten Verbänden behandelt.
Bei 4 weiteren Patienten (=21,05%) waren außer der Tetanusprophylaxe keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Die Patienten, welche einen gespaltenen Unterschenkelgips erhalten hatten, ersetzte man nach ca. 2 Wochen durch einen Elastoplastoverband, bzw Zinkleimverband, den man einige Tage beließ.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis war bei sämtlichen Patienten gut. Zu Komplikationen kam es nicht.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei den Kontusionen des Sprunggelenks betrug

stationär	o,5 Tage
ambulant	2,1 Tage
insgesamt	2,6 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Lediglich bei 3 Patienten mit starker Weichteilschwellung wurde eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Sie dauerte 2 Wochen.

6. KONTUSIONEN IM FUSSWURZEL- MITTELFUSS- VORFUSSBEREICH

Außer den Verletzungen am Fußwurzel, Mittelfuß und Vorfuß, hatten 3 Patienten noch Kontusionen am Kopf und an den oberen Extremitäten.

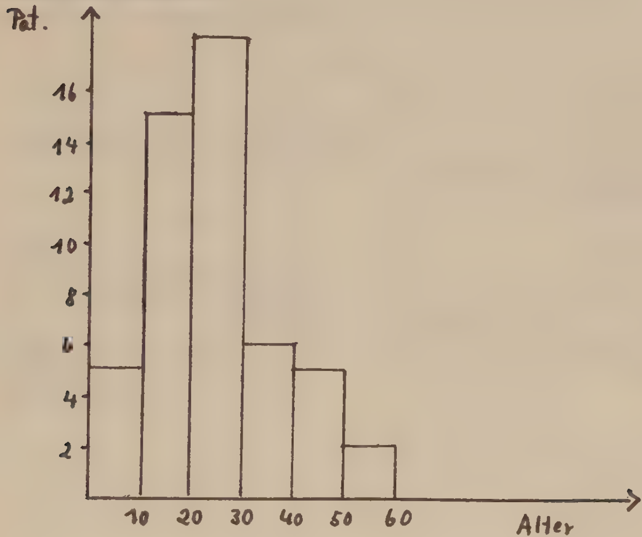
Geschlechtsverteilung :

Unter den 49 Patienten waren 42 Vertreter (=85,71%) des männlichen und 7 Vertreter (=14,29%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden vom Hausarzt in die Poliklinik 31 Patienten (=63,27%) überwiesen. 16 Patienten (=32,65%) wurden der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

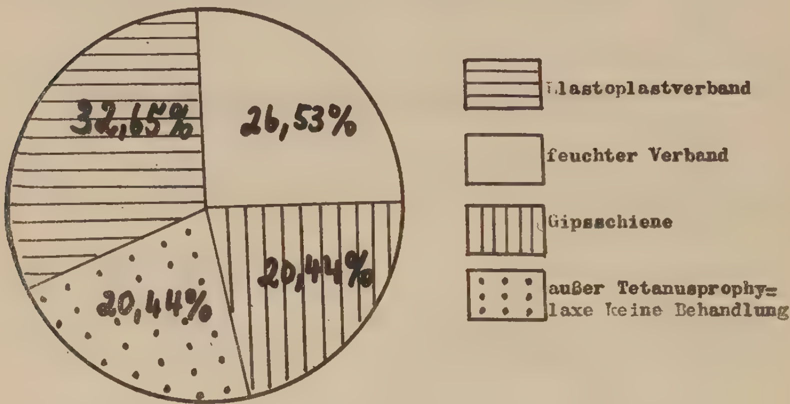
27 Patienten (=55,1o%) durch einen Arbeitsunfall,
7 Patienten (=14,29%) durch einen Sportunfall,
je 6 Patienten (=12,24%) durch einen häuslichen Unfall bzw
durch einen Wegeunfall und
3 Patienten (= 6,12%) durch einen Verkehrsunfall.

Art der Behandlung :

Es wurden zur Behandlung bei

16 Patienten (=32,65%) ein Elastoplastverband,
13 Patienten (=26,53%) ein feuchter Verband und
1o Patienten (=2o,41%) eine Gipsschiene verwendet.

Bei weiteren 1o Patienten (=2o,41%) waren außer der Tetanusprophylaxe keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Die Gipsschienen wurden in 8 bis 1o Tagen durch einen Elastoplastverband ersetzt.



Behandlungsergebnis :

Es kam zu keinerlei Komplikationen. Das Ergebnis der Therapie war zufriedenstellend.

Behandlungsdauer :

Die Dauer der Behandlung bei Kontusionen im Fußwurzel- Mittelfuß-Vorfußbereich betrug

stationär	o,o Tage
ambulant	2,5 Tage
insgesamt	2,5 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei 14 Patienten wurde eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Davon waren

7 Patienten weniger als 1 Woche,
3 Patienten 1 Woche und
4 Patienten 2 Wochen arbeitsunfähig.

7. KONTUSIONEN DER ZEHEN

Die Patienten, welche mit Kontusionen der Zehen in die Aufnahme zur Behandlung kamen, hatten keine zusätzlichen Verletzungen an Regionen außerhalb der unteren Extremität, oder die Verletzungen waren so schwerwiegend, daß die Zehenkontusionen nicht berücksichtigt wurden.

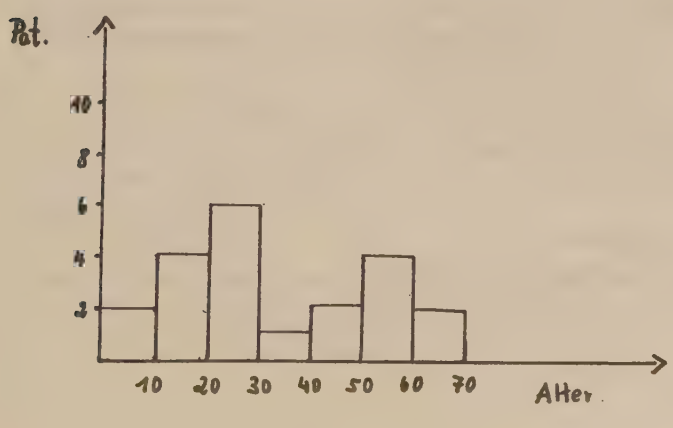
Geschlechtsverteilung :

Von den insgesamt 21 Patienten waren 15 Vertreter (=71,43%) des männlichen und 6 Vertreter (=28,57%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 14 Patienten (=66 2/3%) in die Chirurgische Poliklinik überwiesen. Bei 6 Patienten (=28,57%) wurde die Behandlung durch den Hausarzt beendet.

Altersverteilung :



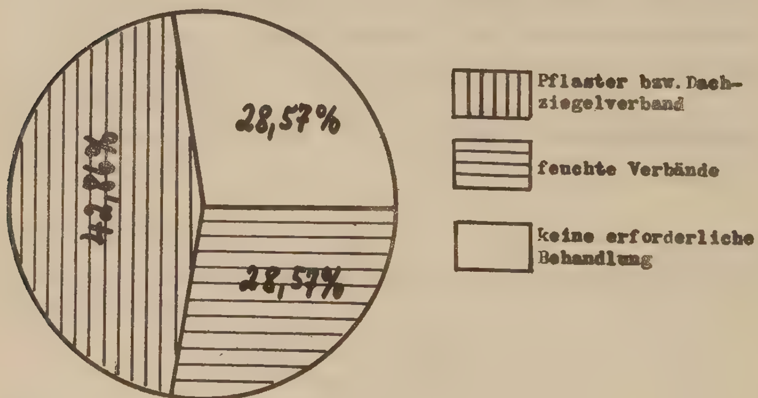
Art der Unfälle :

Es verletzten sich

je 7 Patienten (=33 1/3%) durch einen Arbeitsunfall bzw
durch einen häuslichen Unfall,
5 Patienten (=23,81%) durch einen Wegeunfall und
2 Patienten (= 9,52%) durch einen Sportunfall.

Art der Behandlung :

Von den insgesamt 21 Patienten bekamen
9 Patienten (=42,86%) einen Pflaster- bzw Dachziegelverband,
6 Patienten (=28,57%) feuchte Verbände verordnet.
Bei weiteren 6 Patienten (=28,57%) war keine Behandlung erforderlich.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war vollauf zufriedenstellend. Es kam zu keinerlei Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Kontusionen der Zehen betrug

stationär	o,o Tage
ambulant	1,o Tage
insgesamt	1,o Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Es war nur bei 3 Patienten eine Arbeitsunfähigkeit festzustellen, die jedoch nicht länger als 2 Tage dauerte.

8. MEHRFACHE KONTUSIONEN DER UNTEREN EXTREMITÄT

Von den Patienten, die wegen Kontusionen der unteren Extremität in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung kamen, hatten 24 Patienten mehrfache Kontusionen.

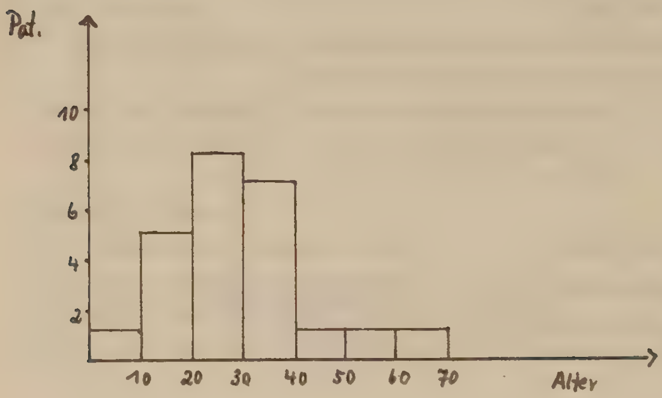
Geschlechtsverteilung :

Nach dem Geschlecht handelte es sich um 16 männliche Patienten (=66 2/3%) und um 8 weibliche Patienten (=33 1/3%).

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 19 Patienten (=79,17%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. 6 Patienten (=25%) wurden der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

1o Patienten (=41 2/3%) durch einen Arbeitsunfall,

8 Patienten (=33 1/3%) durch einen Verkehrsunfall,

5 Patienten (=2o,83%) durch einen Wegeunfall und

1 Patient (= 4,17%) durch einen Sportunfall.

Art der Behandlung :

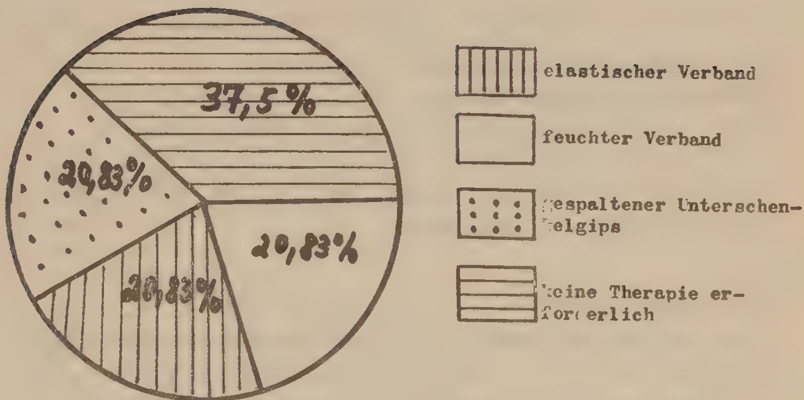
Es wurden bei

je 5 Patienten (=2o,83%) ein elastischer bzw feuchter Verband angelegt.

Weitere 5 Patienten (=2o,83%) erhielten einen gespaltenen Unterschenkelgips.

Bei 9 Patienten (=37,5%) war keine Therapie erforderlich.

Der Unterschenkelgips wurde stets nach 2 Wochen durch einen elastischen Verband ersetzt. Es handelte sich hier stets um Kontusionen, bei denen auch das Sprunggelenk betroffen war.



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie war wie bei allen Kontusionen zufriedenstellend. Es kam zu keinen Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei den mehrfachen Kontusionen der unteren Extremität betrug

stationär	o,1 Tage
ambulant	3,6 Tage
insgesamt	3,7 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Es waren insgesamt 5 Patienten arbeitsunfähig, davon je 1 Patient 4 Tage, 1 Woche bzw 3 Wochen. 2 Patienten waren 2 Wochen arbeitsunfähig.

C SEHNENRISSE

Es kamen in die Chirurgische Poliklinik insgesamt 28 Patienten
16 (=57,14%) mit Verletzungen des Kniegelenks,
1o (=35,72%) mit Verletzungen des oberen Sprunggelenks und
2 (= 7,14%) mit Verletzungen des unteren Sprunggelenks.

Es handelte sich dabei um 16 totale Sehnenrisse und je 6 knöcherne Sehnenausrisse bzw Sehnenteilrisse.

Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten befanden sich 16 Vertreter (=57,14%) des männlichen und 12 Vertreter (=42,86%) des weiblichen Geschlechts. Das weibliche Geschlecht war gegenüber dem männlichen häufiger mit Sehnenrissen des Kniegelenks vertreten.

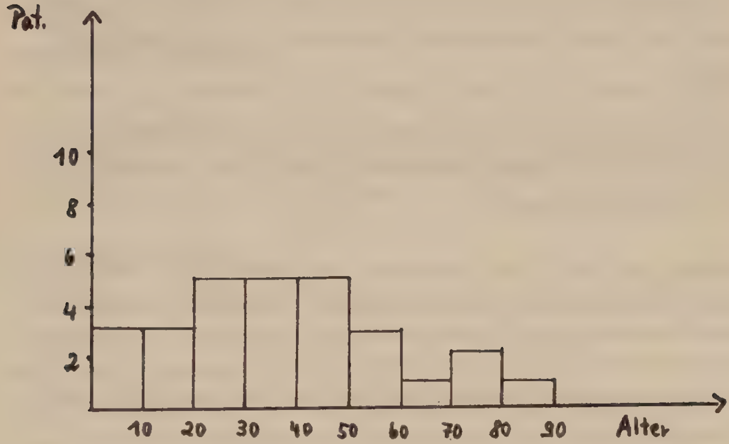
Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden vom Hausarzt 2o Patienten (=71,43%) in die Poliklinik überwiesen. Dort wurde in jedem Fall die Behandlung abgeschlossen.

Folgende Tabelle zeigt die Übersicht über die Verteilung nach Geschlecht und hausärztlichen Überweisungen bei Sehnenrissen.

	♂	♀	H →	→ H
Kniegelenk	7	9	11	-
oberes Sprunggelenk	7	3	9	-
unteres Sprunggelenk	2	-	-	-
INSGESAMT	16	12	2o	-

Altersverteilung :



Art der Unfälle:

Es verletzten sich

8 Patienten (=28,57%) durch einen Wegeunfall,

je 7 Patienten (=25,00%) durch einen häuslichen Unfall bzw.

durch einen Sportunfall,

4 Patienten (=14,29%) durch einen Arbeitsunfall und

2 Patienten (= 7,14%) durch einen Verkehrsunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Sehnenrisse auf die einzelnen Bezirke der unteren Extremität, wie die Häufigkeit der einzelnen Unfälle.

		Wege	Sport	Häusliche	Arbeit	Verkehr
Kniegelenk	16	1	4	6	3	2
oberes Sprunggelenk	1o	7	1	1	1	-
unteres Sprunggelenk	2	-	2	-	-	-
insgesamt	28	8	7	7	4	2

Für die Wegeunfälle ist charakteristisch, daß es durch jene vor allem Sehnenrisse des oberen Sprunggelenks verursacht wurden. Weiterhin ist zu bemerken, daß das Alter der Patienten bei Sehnenrissen des Kniegelenks das 4. Dezennium überschritt, während sich jüngere Patienten und Kinder hauptsächlich Sehnenrisse des Sprunggelenks zuzogen.

Bei den Sportunfällen wurden die Sehnenrisse des Kniegelenks ausschließlich durch Skilaufen, Sehnenrisse des unteren Sprunggelenks durch Fußballsport verursacht.

Durch häusliche Unfälle kam es häufiger zu Sehnenrissen des Kniegelenks, als zu solchen des Sprunggelenks. Die Patienten hatten dem Alter nach das 3. Lebensjahrzehnt überschritten.

Bei den Arbeitsunfällen und Verkehrsunfällen gilt in gleichem Maße das, was oben unter den häuslichen Unfällen angeführt wurde.

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte ambulant. Sie war konservativ. Es wurde ein Gipsverband angelegt, bei den Sehnenrissen des Kniegelenks eine Gipshülse. Diese beließ man 8 Wochen. Nach der Gipsabnahme wurde der Gips durch einen Zinkleimverband oder einen elastischen Verband ersetzt, wobei zugleich mit der krankengymnastischen Übungsbehandlung begonnen wurde.

Bei 3 Patienten konnte die Gipshülse erst später als nach 8 Wochen abgenommen werden.

Bei den Sehnenrissen des Sprunggelenks nahm man die Gipshülse bereits nach 2 bis 4 Wochen ab und ersetzte sie durch einen Elastoplastverband. Eine krankengymnastische Übungsbehandlung folgte der Gipsabnahme.

Eine Ausnahme machten 2 Patienten, die stationär aufgenommen wurden und zwar je 1 Patient wegen Frakturverdacht, einer Kniearthrose, einer Reverdinplastik bzw zur Meniskusteilamputation.

Zusätzliche Maßnahmen :

Man mußte bei 5 Patienten mit Sehnenrissen des Kniegelenks eine Punktion durchführen. Ein Patient mit Sehnenrissen des Sprunggelenks bekam wegen ständiger Schwellungsneigung Fußbäder verordnet, wobei eine Besserung erreicht wurde.

Behandlungsergebnis :

2 Wochen nach Abschluß der Behandlung hatten 3 Patienten, die wegen eines Sehnenrisses behandelt wurden, eine Bewegefähigkeit von 80%, was einer Mindererwerbsunfähigkeit von 20% entsprach. Ein weiterer Patient klagte über leichtere Bewegungseinschränkung.

Unter den Patienten, die wegen Sehnenrisses des Sprunggelenks in Behandlung waren, war 1 Patient nach Behandlungsabschluß wegen starker Belastungsschmerzen über 20% mindererwerbsunfähig.
Die übrigen Patienten waren beschwerdefrei.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Sehnenrissen betrug

stationär	0,8 Tage
ambulant	26,4 Tage
insgesamt	27,2 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Mit Ausnahme der oben erwähnten Patienten, die eine Mindererwerbsunfähigkeit von über 20% aufwiesen, betrug die Arbeitsunfähigkeit bei Sehnenrissen des Kniegelenks 8 - 12 Wochen, bei Sehnenrissen des Sprunggelenks 4 Wochen.
1 Patient, bei dem ein zusätzlicher Meniskuseinriß entdeckt wurde, war 18 Wochen arbeitsunfähig.

D. MENISKUSVERLETZUNGEN

Die Anzahl der Patienten, die mit Meniskusverletzungen zur Behandlung in die Chirurgische Poliklinik kamen, belief sich auf insgesamt 3o. Unter diesen Patienten hatten

9 Patienten (=3o,oo%) einen Innenmeniskusschaden,
8 Patienten (=26,67%) eine Meniskuseinklemmung,
7 Patienten (=23 1/3%) einen Meniskusriß und
6 Patienten (=2o,oo%) eine kombinierte Innenband-Meniskusdistorsion.

Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 25 Vertreter (=83 1/3%) des männlichen und 5 Vertreter (=16 2/3%) des weiblichen Geschlechts. Meniskuseinklemmungen und Innenmeniskusschäden trugen nur männliche Patienten davon.

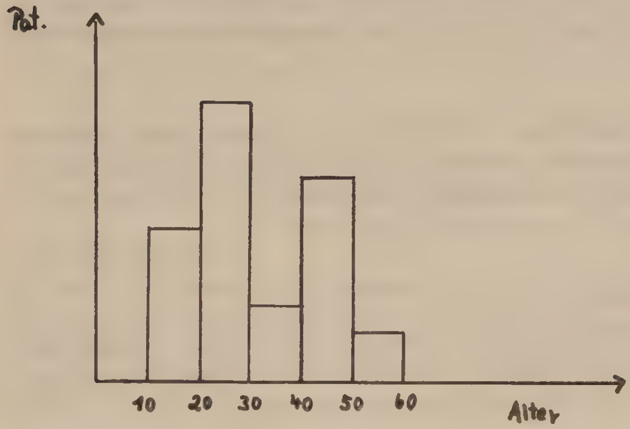
Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden in die Poliklinik 14 Patienten (=46 2/3%) überwiesen. Bei sämtlichen Meniskusverletzungen wurde die Behandlung in der Klinik beendet.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Verteilung nach Geschlecht und den hausärztlichen Überweisungen.

	♂	♀	H →	→ H
Meniskusriß	4	3	5	-
Meniskuseinklemmung	8	-	3	-
Innenmeniskusschaden	9	-	5	-
Kombinierte Meniskus-Innenband Distorsion	4	2	1	-
insgesamt	25	5	14	-

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich
13 Patienten (=43 1/3%) durch einen Sportunfall,
8 Patienten (=26 2/3%) durch einen Arbeitsunfall,
6 Patienten (=2o,oo %) durch einen Wegeunfall und
3 Patienten (=1o,oo %) durch einen häuslichen Unfall.

Folgende Tabelle zeigt zusammenfassend die Art der Unfälle bei den Meniskusverletzungen.

		Sport	Arbeit	Wege	Häusliche
Meniskusriß	7	3	2	1	1
Meniskuseinklemmung	8	2	3	2	1
Innenmeniskusschaden	9	5	2	1	1
Kombinierte Meniskus-Innenmeniskus Distorsion	6	3	1	2	-
insgesamt	3o	13	8	6	3

Von den Sportunfällen wurden wiederum 5 Verletzungen durch Fußballspiel, 4 durch Skilaufen und je 2 durch Leichtathletik bzw andere Sportarten verursacht. Die Patienten waren vorwiegend im Alter von 15 bis 25 Jahren.

Bei den Arbeitsunfällen hatten 87,5% der Patienten das 4. Dezennium bereits überschritten, während unter den Patienten, die sich durch häusliche Unfälle oder Wegeunfälle verletzten alle Altersgruppen, vom 1. bis zum 5. Dezennium vertreten waren.

Art der Behandlung :

Mit Ausnahme von 3 Patienten, ebi denen wegen eines Meniskusrisses abgerissene Meniskusanteile o p e r a t i v entfernt wurden, behandelte man alle übrigen Meniskusverletzungen k o n s e r v a t i v .

Folgende Tabelle zeigt die Art der Therapie.

	K o n s e r v a t i v		O p e r a t i v
	Gipshülse	Kniekappe	
Meniskusriß	4	-	3
Meniskusschaden	5	4	-
Meniskuseinklemmung	6	2	-
Kombinierte Meniskus Innenband-Distorsion	4	2	-
insgesamt	19	8	3

Die Gipshülse wurde bei

2 Patienten in zwei Wochen,

15 Patienten in vier Wochen und

3 Patienten in sechs Wochen abgenommen.

Bei den Patienten mit Meniskusrissen wurde postoperativ, wie nach Gipsabnahme eine krankengymnastische Übungsbehandlung durchgeführt. Das gleiche galt bei den Patienten mit Meniskusschäden. Hier wurden zudem noch Bäder verordnet.

zusätzliche Maßnahmen :

Es mußte 6 mal ein Erguß punktioert werden.

Behandlungsergebnis :

Der Erfolg der Therapie war zufriedenstellend. 1 Patient hatte außer eines Meniskusrisses noch einen Innenband- und Kreuzbandausriß. Er befand sich noch nach 12 Wochen in der Gipshülse und über 2o% mindererwerbsunfähig.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Meniskusverletzungen betrug

stationär	4,1 Tage
ambulant	45,3 Tage
insgesamt	49,4 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Sie betrug bei schweren Meniskusverletzungen 4 bis 8 Wochen, bei leichteren Fällen 2 bis 3 Wochen.

E FRAKTUREN

Die Gruppe E umfaßt die geschlossenen und offenen Frakturen, Fissuren und Knochenabsprengungen im Bereich der unteren Extremität, einschließlich der Hüftgelenkspfanne und des Beckens.

Die Anzahl der Frakturen betrug insgesamt 394. Sie verteilten sich auf die einzelnen Regionen der unteren Extremität wie folgt.
Es waren insgesamt

113 Patienten (=38,68%) mit Frakturen des Unterschenkels,
1o1 Patienten (=25,63%) mit Frakturen der Malleolen,
63 Patienten (=15,99%) mit Frakturen des Oberschenkels,
51 Patienten (=12,95%) mit Frakturen der Zehen,
3o Patienten (= 7,62%) mit Frakturen des Mittelfußes,
14 Patienten (= 3,55%) mit Frakturen der Patella und
je 11 Patienten (= 2,79%) mit Frakturen des Hüftgelenks und des Beckens bzw der Fußwurzel.

Geschlechtsverteilung :

Von den 394 Patienten waren 233 Vertreter (=59,11%) des männlichen und 161 Vertreter (=40,89%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

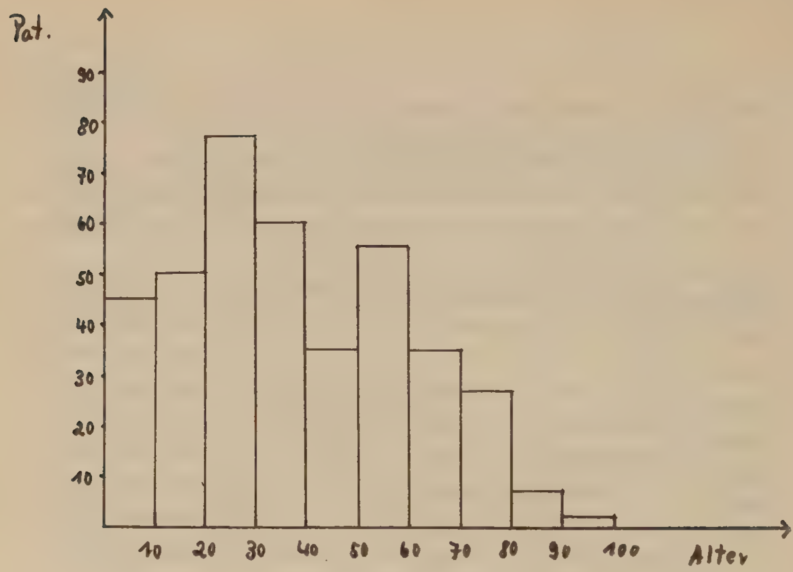
Es wurden insgesamt 2o1 Patienten (=51,o1%) vom Hausarzt in die Chirurgische Poliklinik überwiesen, während nur 12 Patienten (=3,o5%) der hausärztlichen Behandlung überlassen wurden.

Eine Übersicht über die Verteilung nach Geschlecht wie den hausärztlichen Überweisungen gibt folgende Tabelle.

	♂	♀	H→	→H
Hüftgelenk und Becken	8	3	4	3
Oberschenkel	19	44	24	1
Patella	7	7	7	-
Unterschenkel	75	38	5o	-
Malleolen	54	47	56	-
Fußwurzel	9	2	6	1
Mittelfuß	19	11	24	2
Zehen	42	9	3o	5
insgesamt	233	161	2ol	12

Altersverteilung :

Wie die folgende Tabelle aufzeigt, handelte es sich vorwiegend um junge Patienten, die mit Frakturen in die Poliklinik zur Behandlung kamen. Mit 19,54% und 17,77% waren das 3. und 4. Dezennium am häufigsten vertreten.



Die Unfallursache der Frakturen war bei
93 Patienten (=23,60%) ein häuslicher Unfall,
89 Patienten (=22,59%) ein Arbeitsunfall,
73 Patienten (=18,53%) ein Sportunfall,
71 Patienten (=18,02%) ein Wegeunfall und
68 Patienten (=17,26%) ein Verkehrsunfall.

Eine Übersicht über die Lokalisation und Verteilung der Frakturen nach Art der Unfälle zeigt folgende Tabelle.

		häusliche	Arbeit	Sport	Wege	Verkehr
Hüftgelenk und Becken	11	1	3	1	1	5
Oberschenkel	63	34	2	-	14	13
Patella	14	2	3	1	4	4
Unterschenkel	113	24	1o	29	12	38
Malleolen	1o1	13	23	28	32	5
Fußwurzel	11	2	6	2	1	-
Mittelfuß	3o	7	13	6	2	2
Zehen	51	1o	29	6	5	1
insgesamt	394	93	89	73	71	68

Durch <u>häusliche Unfälle</u> wurden vorwiegend Oberschenkelfrakturen hervorgerufen. Es waren 53,97% aller Patienten, die mit einer Fraktur des Oberschenkels in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung kamen.

Die häuslichen Unfälle verteilten sich zu

36,56% auf den Oberschenkel,
25,81% auf den Unterschenkel,
13,98% auf die Malleolen,
1o,75% auf die Zehen,
7,53% auf den Mittelfuß,
je 2,15% auf die Patella bzw Fußwurzel und
1,o7% auf das Hüftgelenk und Becken.

Dem Alter nach handelte es sich ausschließlich um Kinder bis zu 1o Jahren und um ältere Patienten im Alter von 6o bis 9o Jahren.

Durch Arbeitsunfälle wurden besonders häufig Frakturen der Fußwurzel, des Mittelfußes und der Zehen verursacht. Sie verteilten sich zu

32,58% auf die Zehen,
25,84% auf die Malleolen,
14,61% auf den Mittelfuß,
11,24% auf den Unterschenkel,
6,74% auf die Fußwurzel,
je 3,37% auf das Hüftgelenk und Becken bzw der Patella und
1,37% auf den Oberschenkel.

Unter den Patienten im berufsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren verletzten sich vorwiegend die Altersgruppen zwischen 3o und 35 Jahre.

Durch Sportunfälle wurden am häufigsten Unterschenkelfrakturen und malleoläre Frakturen verursacht. Der prozentuale Anteil der Frakturen betrug 78,o9% gegenüber 21,91% aller übrigen Frakturen, die durch Sportunfälle zustande kamen. Sie verteilten sich zu

39,73% auf den Unterschenkel,
38,36% auf die Malleolen,
je 8,22% auf den Mittelfuß bzw auf die Zehen und
je 1,o % auf das Hüftgelenk und Becken bzw auf die Patella.

Von allen diesen Frakturen, die durch Sportunfälle verursacht wurden waren

in 32 Fällen (= 43,83%) Unfälle beim Skilaufen,
in 25 Fällen (= 34,25%) Unfälle beim Fußballspiel,
in 5 Fällen (= 6,85%) Unfälle bei der Leichtathletik und
in 11 Fällen (= 15,o7%) Unfälle bei den übrigen Sportarten die Ursache.

Eine genauere Übersicht der einzelnen Sportverletzungen zeigt folgende Tabelle:

	Ski	Fußball	Leichtathletik	übrige
Hüftgelenk und Becken	-	-	1	-
Oberschenkel	-	-	-	-
Patella	-	-	-	1
Unterschenkel	12	9	3	5
Malleolen	17	9	1	1
Fußwurzel	1	1	-	-
Mittelfuß	2	2	-	2
Zehen	-	4	-	2
insgesamt	32	25	5	11

Das Alter der Patienten betrug 5 bis 6o Jahre, wobei die Mehrzahl der Sportverletzungen sich im Alter von 15 bis 3o Jahren ereignete. Ältere Patienten, die das 4o. Lebensjahr überschritten hatten, zogen sich die Frakturen hauptsächlich beim Skisport zu. Oberschenkelfrakturen wurden niemals durch Sportunfälle verursacht.

Durch Wegeunfälle kam es vor allem zu Frakturen der Malleolen. Bei 45,o7% aller Wegeunfälle wurde eine malleoläre Fraktur verursacht. Die Wegeunfälle verteilten sich zu

45,o7% auf die Malleolen,
16,90% auf den Unterschenkel,
19,72% auf den Oberschenkel,
7,o4% auf die Zehen,
5,63% auf die Patella,
2,82% auf den Mittelfuß und
je 1,41% auf das Hüftgelenk und Becken bzw auf den Mittelfuß

Unter den Patienten, die sich durch Wegeunfälle verletzten waren alle Altersstufen, wobei die Jahrgänge von o bis 5 Jahre und von 6o bis 7o Jahre besonders häufig betroffen waren. Kinder bis zum 5. Lebensjahr zogen sich die Fraktur vorwiegend durch Fahrradspeichenverletzungen zu (= 14,29% aller Wegeunfälle).

Durch Verkehrsunfälle kamen meistens Unterschenkelfrakturen zustande. Bei 55,88% aller Verkehrsunfälle kam es zu einer Fraktur des Unterschenkels. Sie verteilten sich zu

55,88% auf den Unterschenkel,
19,12% auf den Oberschenkel,
je 7,35% auf das Hüftgelenk und Becken,
bzw auf die Malleolen, bzw auf den Mittelfuß,
5,89% auf die Patella und
1,47% auf die Zehen.

Unter den verunglückten Patienten im Alter von o bis 75 Jahren ragen zahlenmäßig besonders die Altersstufen von 2o bis 25 Jahren hervor.

Art der Behandlung:

Die Therapie bei Frakturen erfolgte o p e r a t i v und k o n s e r v a t i v, je nach Art der Fraktur, Alter der Patienten und deren Allgemeinzustand.

Folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die konservative und operative Behandlung der Frakturen und die Nachbehandlung alter Frakturen.

	Konservativ	operativ	Nachbehandlung	S	A
Hüftgelenk und Becken	8	2	1	7	4
Oberschenkel	24	36	3	6o	3
Patella	11	3	12	7	19
Unterschenkel	73	28	-	48	53
Malleolen	74	23	4	27	74
Fußwurzel	9	2	-	2	9
Mittelfuß	3o	-	-	-	3o
Zehen	5o	1	-	1	5o
insgesamt	279	95	2o	132	242

Röntgenkontrolle:

Es wurden Röntgenaufnahmen gemacht zur Diagnose, vor und zu einer Reposition, nach Anlegen des Gipsverbandes und anschließend alle 14 Tage.

Die Röntgenkontrolle wurde wiederholt nach der Gipsabnahme, wie während dem krankengymnastischen Belastungsübungen.

Behandlungsdauer:

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Frakturen betrug

stationär	62,5	Tage
ambulant	32,8	Tage
insgesamt	95,3	Tage

1. FRAKTUREN DER HÜFTGELENKSPFANNE UND DES BECKENS

Unter den insgesamt 11 Patienten, die wegen einer Fraktur der Hüftgelenkspfanne und des Beckens in Behandlung kamen, waren 5 Patienten mit zusätzlichen Verletzungen, wie Frakturen der oberen Extremität, des Unterschenkels und Commotio cerebri.

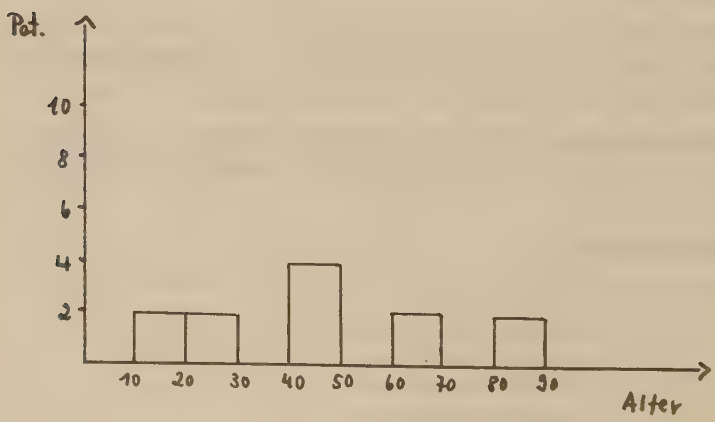
Geschlechtsverteilung:

Es waren darunter 8 Patienten (=72,73%) männlichen und 3 Patienten (=27,27%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen:

4 Patienten (=36,36%) wurden vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, und 3 Patienten (=27,27%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Altersverteilung:



Art der Unfälle:

Es verletzten sich

5 Patienten (= 45,45%) durch einen Verkehrsunfall,
3 Patienten (= 27,27%) durch einen Arbeitsunfall und
je 1 Patient (= 9,09%) durch einen Sportunfall, häuslichen Unfall und Wegeunfall.

Art der Behandlung:

Es wurden 8 Patienten (= 72,72%) k o n s e r v a t i v und
2 Patienten (= 18,18%) o p e r a t i v behandelt.
1 Patient (= 9,09%) kam zur Nachbehandlung einer alten Fraktur.

Bei den 3 Patienten, die dem Hausarzt zur Behandlung übergeben wurden, handelte es sich um je 1 Patienten mit Schambeinfraktur bei Trochanterabsprengung bzw pertrochanterer Oberschenkelfraktur und Abrißfraktur der spina iliaca anterior. Bei den ersten beiden Patienten wurde wegen des hohen Alters (80 Jahre) eine Lagerung zwischen Sandsäcken durchgeführt, bei letzterem war nur Bettruhe nötig.

Es wurden 7 Patienten s t a t i o n ä r aufgenommen. Davon hatten 5 Patienten Schambeinfrakturen mit Symphysenabsprengung (einer mit Contusion der Niere und des Thorax wie Deckplatteinbruch am 1. LWK; einer mit zusätzlicher Unterschenkeltrümmerungsfraktur, Schock und Blasenruptur; und ein weiterer mit pertrochanterer Oberschenkel- und Unterschenkelfraktur). Weitere 2 Patienten hatten eine Hüftgelenksluxationsfraktur bei Fraktur des Pfannendaches und Abriß der Eminentia intercondylica.

Bei Schambeinfrakturen wurde k o n s e r v a t i v mit der RAUCHFUSS'schen Schwebe für 6 Wochen behandelt. Man führte eine Übungsbehandlung nach MAGNUS durch und belastete nach 6 Wochen.

Bei den Hüftgelenkluxationsfrakturen wurde o p e r a t i v vorgegangen. Abgesprengte Fragmente adaptierte man und Pfannendachfragmente wurden mit Schrauben oder Kuschnerdrähten fixiert.

Nach 2 Tagen entfernte man die Redondrainage und in 1o bis 12 Tagen die Fäden der Operationswunde.

Die Patienten standen nach 3 Wochen zum ersten Mal auf, um mit der krankengymnastischen Übungsbehandlung zu beginnen. Die Drähte und Schrauben entfernte man in 2 Monaten.

Nachbehandlung alter Frakturen:

Wegen endgradiger Einschränkung der Innenrotation wurde 1 Patient in der Ambulanz mit medicomechanischen Übungen behandelt.

Behandlungsergebnis:

Sämtliche Operationswunden heilten primär. Es kam postoperativ zu keinerlei Komplikationen. 1 Patient starb während der konservativen Behandlung infolge Nierenversagen nach einer Malgaigne-Fraktur.

Behandlungsdauer:

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Frakturen der Hüftgelenkspfanne und des Beckens betrug

stationär	67,8	Tage
ambulant	6,1	Tage
insgesamt	73,9	Tage

Arbeitsunfähigkeit:

Sie betrug bei Schambeinfrakturen 11 Wochen, bei Hüftgelenkluxationsfrakturen 2o Wochen.

2. FRAKTUREN DES OBERSCHENKELS

Von den 63 Patienten, die wegen Oberschenkelfrakturen in der Chirurgischen Poliklinik behandelt wurden, hatten 6 Patienten weitere Verletzungen wie Commotio cerebri, Claviculafraktur, Schädelbasisfraktur und Unterschenkelfraktur.

Die einzelnen Oberschenkelfrakturen teilten sich auf in

je 16 pertrochantere Oberschenkelfrakturen bzw Oberschenkelschaftfrakturen,
15 mediale Schenkelhalsfrakturen,
5 laterale Schenkelhalsfrakturen,
8 subtrochantere Oberschenkelfrakturen und
je 1 Grünholzfraktur bzw Absprengung des Trochanter major.

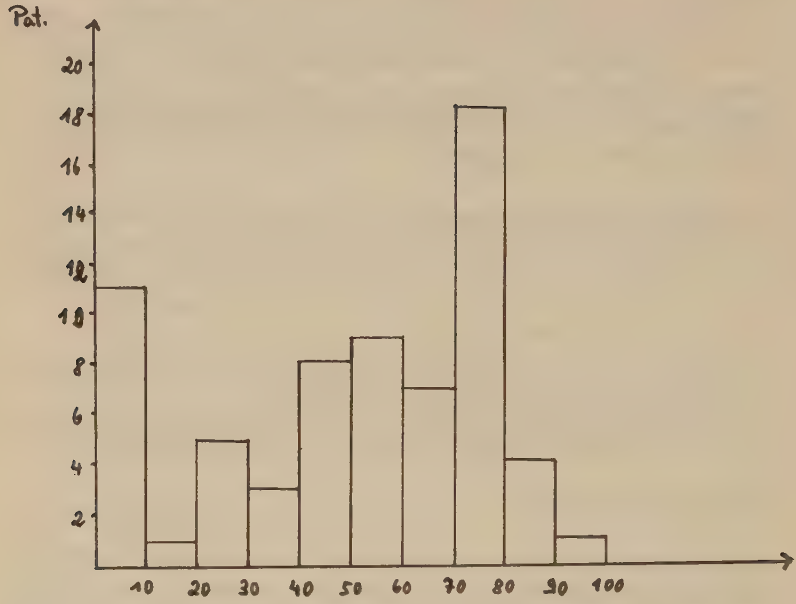
Geschlechtsverteilung :

Charakteristisch ist die Häufigkeit, mit der das weibliche Geschlecht sich Oberschenkelfrakturen zugezogen hat. Unter den Patienten befanden sich nur 19 Vertreter (= 3o,17%) des männlichen gegenüber 44 Vertreter (= 69,83%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 24 Patienten (= 38,1%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während nur 1 Patient (= 1,59%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurde.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

34 Patienten (= 53,97%) durch einen häuslichen Unfall,

14 Patienten (= 22,22%) durch einen Wegeunfall,

13 Patienten (= 2o,63%) durch einen Verkehrsunfall und

2 Patienten (= 3,18%) durch einen Arbeitsunfall.

Art der Behandlung :

Die Behandlung der Oberschenkelfrakturen richtete sich nach der Art der Fraktur, Stellung der Fragmente, sowie dem Alter und Allgemeinzustand der Patienten.

Bei den medialen Schenkelhalsfrakturen behandelte man

13 Patienten (= 86 2/3%) o p e r a t i v und

2 Patienten (= 13 1/3%) k o n s e r v a t i v.

Von ersteren wurde wiederum bei 8 Patienten (= 61,45%) eine Lamellennagelung durchgeführt. Die Fäden entfernte man nach 8 bis 12 Tagen, die Nägel nach ca. 6 Monaten. 5 Patienten (= 38,46%) erhielten wegen einer Oberschenkelkopfnekrose eine Endoprothese nach MOOR.

Eine k o n s e r v a t i v e Therapie mit Lagerung zwischen Sandsäcken wurde bei 2 Patienten eingeschlagen, die über 8o Jahre alt waren und an einer schweren Cerebralsklerose und akuten Herzinsuffizienz litten.

Von den Patienten, die sich eine laterale Schenkelhalsfraktur zuzogen wurden

4 Patienten (= 8o%) o p e r a t i v und

1 Patiente (= 2o%) k o n s e r v a t i v behandelt.

Bei o p e r a t i v e r Therapie fixierte man nach einer Tibiadrahtextension mit Lamellen- bzw Laschennägeln. Die Fäden wurden in 1o bis 12 Tagen entfernt. Anschließend begann man mit der krankengymnastischen Übungsbehandlung. Es bestand 3 Monate Belastungsverbot, dann wurde zur Beurteilung der Fraktur hinsichtlich der Belastungsfähigkeit eine Röntgenkontrolle gemacht.

Die k o n s e r v a t i v e Therapie führte man bei einem Patienten durch, der über 9o Jahre alt war.

Bei den pertrochanteren Frakturen wurden

1o Patienten (= 62,5o%) o p e r a t i v und

6 Patienten (= 37,5o%) k o n s e r v a t i v behandelt.

Zur o p e r a t i v e n Behandlung wurde nach der Drahtextension die Fraktur mit Lamellennägeln fixiert. Die Fäden entfernte man nach 8 bis lo Tagen. Im Anschluß daran begann man mit der ambulanten krankengymnastischen Behandlung. Die Nägel wurden nach 6 bis 7 Monaten entfernt.

Unter den Patienten, die k o n s e r v a t i v behandelt wurden, befanden sich 2 Patienten, die eine operative Therapie abgelehnt hatten. Bei je einem weiteren Patienten mußte wegen schlechter Herzfunktion die Operation verschoben werden, bzw war kein operativer Eingriff wegen guter Stellung der Fragmente nötig.

Bei 1 Patienten mit Trochanterabbruchfraktur war wegen starker Infektion einer zusätzlichen Rißwunde keine Fixation möglich. Die Therapie erfolgte k o n s e r v a t i v .

Von den 3 Patienten mit subtrochanter Fraktur wurden
1 Patient o p e r a t i v und
2 Patienten k o n s e r v a t i v behandelt.

Die o p e r a t i v e Behandlung wurde bei einem vierjährigen Kind vorgenommen, wobei nach 3-wöchiger Extension eine Laschennagelung durchgeführt wurde. Die Fäden entfernte man nach 14 Tagen. Anschließend begann die übliche Übungsbehandlung. Der Nagel wurde in 8 Wochen entfernt.

Bei den anderen beiden Patienten, die k o n s e r v a t i v behandelt wurden, nahm man die Drahtextension erst nach 3 Monaten ab.

Von den Patienten, die mit Oberschenkelschaftfrakturen in die Poliklinik kamen, wurden

7 Patienten (= 43,75%) operativ und

9 Patienten (= 56,25%) konservativ behandelt.

Die o p e r a t i v e Therapie wurde hauptsächlich bei Querfrakturen eingeschlagen. Nach einer Extensionsbehandlung von 6 bis 8 Wochen wurde die Fraktur mit Bündelnägel fixiert. Die Fäden zog man in 10 bis 12 Tagen. In der 2. bis 3. Woche nach der Operation hatten die Patienten spätestens gelernt, auf Krücken ohne Belastung zu gehen. Anschließend wurde mit der ambulanten krankengymnastischen Übung begonnen. 4 Wochen nach der Operation entschied man nach einer Röntgenaufnahme über den Belastungsbeginn. Ab der 5. Woche wurde jeden Tag 1/14 des Körpergewichtes belastet. Nach voller Belastung wurde eine erneute Röntgenkontrolle durchgeführt. 4 Monate nach der Operation entfernte man die Nägel.

Die k o n s e r v a t i v e Therapie wurde ohne Ausnahme bei Frakturen von Säuglingen und Kleinkindern eingeschlagen. Bei starker Dislokation legte man den Kindern bis zum 4. Lebensjahr eine vertikale Pflasterextension an. Diese blieb bei Kindern im Alter von 1 bis 2 Jahren 1 bis 2 Wochen, bei Kindern von 2 bis 4 Jahren 3 Wochen. Ein siebenjähriges Kind bekam für 3 Wochen eine Drahtextension.

Dem sechs Monate alten Säugling mit Grünholzfraktur des Oberschenkels legte man für 1 Woche eine Gipslonguette an, worauf die Behandlung abgeschlossen war.

Von den 3 condylären Frakturen wurde

1 Patient o p e r a t i v und

2 Patienten k o n s e r v a t i v behandelt.

Ersterer hatte zudem noch eine Unterschenkelfraktur, weshalb man sich entschloß, das Kniegelenk zu versteifen.

Von den übrigen beiden Patienten, bei denen man eine k o n s e r v a t i v e Therapie einschlug, hatte ein Patient eine Condylentrümmerfraktur, der andere eine Abbruchfraktur.

Nachbehandlung alter Frakturen :

2 Patienten kamen zur Nagelentfernung und 1 Patient zur krankengymnastischen Übungsbehandlung.

Behandlungsergebnis/

Das Ergebnis der k o n s e r v a t i v e n wie o p e r a t i v e n Behandlung war zufriedenstellend. Die größten Komplikationen entstanden bei o p e r a t i v e r Behandlung von medialen Schenkelhalsfrakturen, bei der 3 Patienten im Alter von über 75 Jahren infolge von Herzversagen und Lungenembolie verstarben. Je 1 Patient (73 Jahre) bekam postoperativ einen apoplektischen Insult bzw eine Thrombophlebitis. Mit Ausnahme eines Patienten mit pertrochanterer Fraktur, der trotz frühzeitiger postoperativer Übungsbehandlung eine Lungenembolie bekam, traten ansonsten bei operativen Eingriffen der übrigen Frakturen keine Komplikationen auf.

Bei k o n s e r v a t i v e r Therapie trat als Komplikation nach Abschluß der Behandlung bei 1 Patienten mit pertrochanterer Fraktur eine Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks um 1/3 auf.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Oberschenkelfrakturen betrug

stationär	48,5 Tage
ambulant	61,o Tage
insgesamt	109,5 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Da es sich fast ausnahmslos um Patienten handelte, die das berufsfähige Alter überschritten hatten, oder um Kinder, war keine Arbeitsunfähigkeit festzustellen.

3. FRAKTUREN DER PATELLA

Die insgesamt 14 Patellafrakturen teilten sich auf in

5 Querfrakturen,
4 Fissuren,
3 Trümmerfrakturen und
2 Knochenabsprengungen.

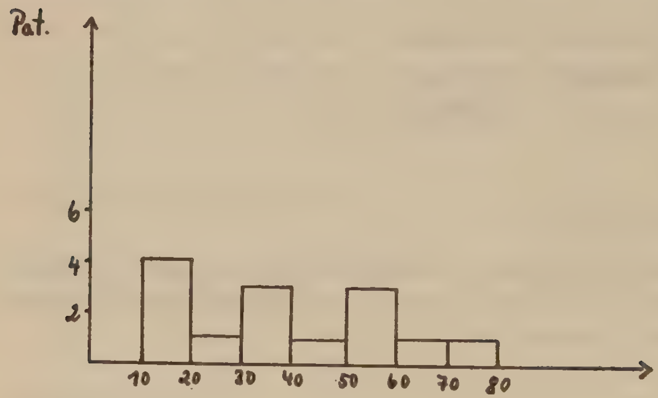
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren je 5o% Vertreter des männlichen und weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

5o% der Patienten wurden vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. Sämtliche Frakturen der Patella wurden in der Klinik bis zur Ausheilung behandelt.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

je 4 Patienten (= 28,57%) durch einen Wegeunfall
und durch einen Verkehrsunfall,
3 Patienten (= 21,43%) durch einen Arbeitsunfall,
2 Patienten (= 14,29%) durch einen häuslichen Unfall und
1 Patient (= 7,14%) durch einen Sportunfall.

Art der Behandlung :

Von den Frakturen der Patella wurden
3 Patienten (= 21,43%) o p e r a t i v und
11 Patienten (= 78,57%) k o n s e r v a t i v behandelt.

Die o p e r a t i v e Therapie wurde bei Trümmerfrakturen der Patella eingeschlagen. Stark zertrümmerte Knochenanteile entfernte man. Die Fragmente wurden nach der Reposition mit einer Cerclage fixiert. Nach der Entfernung der Redondrainage in 2 Tagen legte man einen gefensterten Gipsverband an. Die Fäden zog man in 10 bis 12 Tagen, die Gipshülse wurde nach 8 Wochen abgenommen. Letztere wurde durch einen Zinkleimverband ersetzt. Im Anschluß daran begann die krankengymnastische Übungsbehandlung.

Bei den einfachen Patellafrakturen reichte die k o n s e r v a t i v e Behandlung aus. Es wurde eine Gipshülse angelegt, die bei Querfrakturen nach 4 bis 6 Wochen, bei Fissuren nach 1 bis 2 Wochen durch einen Zinkleimverband ersetzt wurde. Letzterer wurde weitere 1 bis 2 Wochen belassen. Bei Patellaabbruchfrakturen genügte Bettruhe.

Behandlungsergebnis :

Mit Ausnahme von einer Wundinfektion kam es zu keinen Komplikationen. Bei 2 Patienten mit Trümmerfrakturen war 8 Wochen lang die Bewegung im Kniegelenk stark eingeschränkt. Durch krankengymnastische Behandlung kam es jedoch wieder zur vollen Funktion des Gelenks und zur Schmerzfreiheit.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Frakturen der Patella betrug

stationär	51,4	Tage
ambulant	6,4	Tage
insgesamt	57,8	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei Patellatrümmerfrakturen betrug die Arbeitsunfähigkeit über 3 Monate, bei einfachen Patellafrakturen und Fissuren nicht mehr als 3 Wochen.

4. FRAKTUREN DES UNTERSCHENKELS

Unter den insgesamt 113 Patienten, die in die Chirurgische Poliklinik mit Unterschenkelfrakturen zur Behandlung kamen waren

59 Tibiaschaftfrakturen,
17 Tibiakopffrakturen,
14 Fibulaschaftfrakturen,
12 Grünholzfrakturen,
2 Fibulakopffrakturen und
1 Fraktur der Eminentia intercodylica.

Weitere 12 Patienten kamen zur Nachbehandlung alter Frakturen.

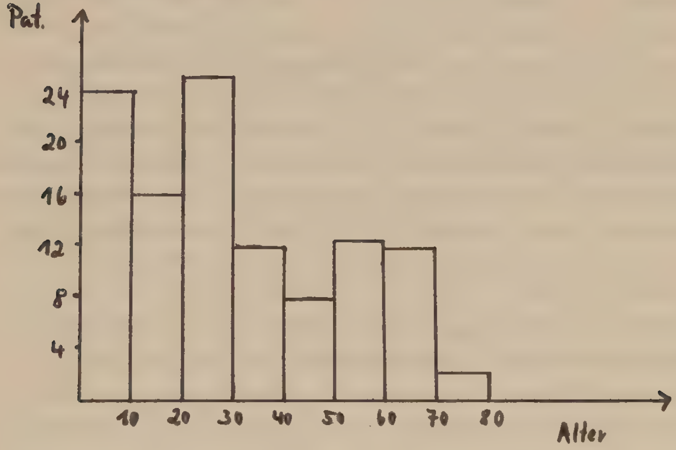
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 75 Vertreter (= 66,37%) des männlichen und 38 Vertreter (= 33,63%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden vom Hausarzt 5o Patienten (= 44,25%) in die Klinik überwiesen. Dort wurde auch stets die Behandlung abgeschlossen.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

38 Patienten (= 33,63%) durch einen Verkehrsunfall,
29 Patienten (= 25,66%) durch einen Sportunfall,
24 Patienten (= 21,24%) durch einen häuslichen Unfall,
12 Patienten (= lo,62%) durch einen Wegeunfall und
lo Patienten (= 8,85%) durch einen Arbeitsunfall.

Art der Behandlung :

Je nach Art der Fraktur, Stellung der Fragmente, Alter und Allgemeinzustand der Patienten wurde eine konservative oder operative Therapie eingeschlagen.

Bei den Tibiaschaftfrakturen behandelte man

38 Patienten (= 64,41%) k o n s e r v a t i v und

21 Patienten (= 35,59%) o p e r a t i v .

Die k o n s e r v a t i v e Behandlung wurde mit einem aufgeschnittenen Oberschenkelgips behandelt. Bei 1o Patienten (= 16,95%) mußte wegen starker Dislokation außerdem eine Calcaneusdrahtextension angelegt werden. Die Extension blieb 3 Wochen. Bei 2 Patienten wurde diese wegen mehrmaliger Verschiebung der Fragmente 7 bis 8 Wochen belassen. Patienten, welche nur einen Gipsverband ohne Extensionsbehandlung bekamen, waren vorwiegend im Alter von 1 bis 14 Jahren.

Die Gipsabnahme erfolgte in den meisten Fällen in 5 bis 6 Wochen, bei einigen schon in 3 bis 4 Wochen, selten jedoch später als in 6 Wochen. Nur bei Frakturen mit starker Dislokation, bei denen eine Extensionsbehandlung durchgeführt wurde, blieb der Gips 2 bis 3 Monate. Nach der Gipsabnahme wurde für einige Wochen ein Zinkleimverband angelegt.

Bei der o p e r a t i v e n Behandlung fixierte man bei 17 Frakturen mit Bündelnägeln und 3 mit Kirschnerdrähten. 1 Patienten mußte wegen Durchblutungsstörungen der Unterschenkel amputiert werden. Bereits ca. 1 bis 2 Wochen nach dem operativen Eingriff kamen die Patienten in die Ambulanz zur gymnastischen Übungsbehandlung. Die Fäden entfernte man nach 1o bis 12 Tagen. Ab der 2. Woche lernten die Patienten mit Krücken zu gehen. Die dosierte Belastung begann ab der 5. Woche, bei einer Steigerung um 1/14 Teil des Körpergewichts pro Tag.

Die Bündelnägel wurden spätestens in 6 Monaten entfernt, bei 3 Patienten in 7 bis 8 Wochen. Bei diesen war eine ungenügende Kallusbildung oder verspätete Gehübungen infolge Mehrfachverletzungen die Ursache der späten Nagelentfernung.

Als zusätzliche Maßnahme mußte bei 6 offenen Frakturen eine operative Wundversorgung durchgeführt werden.

Von den Patienten, die sich eine Tibiakopffraktur zuzogen wurden
lo Patienten (= 52,82%) k o n s e r v a t i v und
7 Patienten (= 41,18%) o p e r a t i v behandelt.

Die k o n s e r v a t i v e Therapie wurde mit einem aufgeschnittenem Überschenkelliegegips durchgeführt. Den Gips ersetzte man in 6 bis 8 Wochen durch einen Zinkleimverband.

Bei 1 Patienten mit Trümmerfraktur blieb der Gips 14 Wochen, bei 2 Patienten wurde er bereits in 4 Wochen abgenommen. Nach der Gipsabnahme folgte die übliche krankengymnastische Übungsbehandlung.

Von den o p e r a t i v behandelten Frakturen wurden 4 durch Schrauben und 3 durch Kirschnerdrähte fixiert. Die Schrauben und Drähte entfernte man in 5 bis 6 Wochen.

Ein Patient mit einer 4 Wochen alten Tibiakopffraktur bekam nur Gehstützen bei Belastungsverbot.

Sämtliche Fibulafrakturen wurden k o n s e r v a t i v behandelt. Es genügte bei 3 Patienten ein Zinkleimverband für 2 Wochen. 13 Patienten bekamen für die gleiche Zeit einen aufgeschnittenen Gipsverband. Letzterer wurde bei 9 Patienten nach diesen 2 Wochen zu einem Gehgips umgebaut. Diesen ersetzte man nach 5 Wochen durch einen Zinkleimverband.

Bei 1 Patienten mit Fraktur der Eminentia intercondylica legte man eine Gipshülse an und überwies ihn anschließend dem Hausarzt zur weiteren Behandlung.

Ebenso wurden sämtliche Grünholzfrakturen k o n s e r v a t i v behandelt. Die Therapie erfolgte durchwegs mit einem aufgeschnittenen Oberschenkelgips, der in 3 bis 4 Wochen abgenommen wurde.

Nachbehandlung alter Frakturen

Von den insgesamt 12 Patienten (= 2o,34%) mit alten Frakturen kamen

je 3 Patienten wegen Schmerzen und Schwellungszuständen,
bzw zur Sudeckbehandlung,
2 Patienten zur Gipsabnahme
je 1 Patient zur Bündelnagelentfernung, Reverdinplastik, Umstellungsosteotomie bzw krankengymnastischen Übungsbehandlung.

Folgende Tabelle gibt zusammenfassend die operative und konservative Therapie bei den einzelnen Unterschenkelfrakturen, wie die stationären und ambulante Behandlung wieder.

	Konservativ	operativ	stationär	ambulant
Tibiaschaft	38	21	36	23
Tibiakopf	1o	7	12	5
Fibulaschaft	14	-	-	14
Fibulakopf	2	-	-	2
Eminentia intercondylica	1	-	-	1
Grünholz	8	-	-	8
insgesamt	73	28	48	43

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie bei Unterschenkelfrakturen war zufriedenstellend. Trotzdem kam es zu einigen Komplikationen während der Behandlung nach operativer Therapie kam es

je 1 mal zu einem Lungeninfarkt, Sudecksyndrom ,
Haematom an der Nageleinschlagstelle,
2 mal zu einer Infektion der Operationswunde,

nach k o n s e r v a t i v e r Therapie kam es
je 3 mal zu einer ischämischen Kontraktur und
1 mal zu einer Osteomyelitis.

Die Fibula- und Grünholzfrakturen heilten ohne Komplikationen aus.
5 Patienten (= 4,84%) mußten nach Abschluß der Behandlung mit einer Mindererwerbsunfähigkeit von über 20% entlassen werden.

1 Patient verstarb an den Folgen einer zusätzlichen Hirncontusion.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Unterschenkelfrakturen betrug

stationär	163,8	Tage
ambulant	21,2	Tage
insgesamt	185,0	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei Schaftfrakturen waren die Patienten frühestens in 4 bis 5 Monaten wieder arbeitsfähig, bei Tibiakopffrakturen konnte die Arbeit frühestens in 8 Wochen wieder aufgenommen werden, bei isolierter Fibulafraktur in 4 Wochen.

5. MALLEOLÄRE FRAKTUREN

Von den 101 Patienten, die in der Chirurgischen Poliklinik wegen malleolärer Frakturen behandelt wurden waren

59 Frakturen des lateralen Malleolus,
27 Frakturen des medialen Malleolus,
23 bimalleoläre Luxationsfrakturen,
3 bimalleoläre Frakturen ohne Luxation und
5 malleoläre Fissuren.

Weitere 4 Patienten kamen zur Nachbehandlung alter Frakturen.

Bei 15 malleolären Frakturen (= 14,85%) war ein Kolkmann'sches Dreieck abgesprengt, und bei je 7 (= 6,97%) ein Sehnenriß bzw Syndesmosesprengung vorhanden.

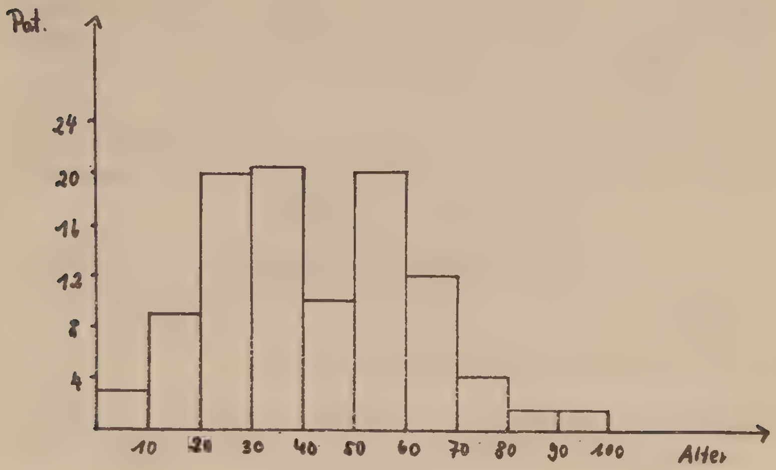
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 54 Vertreter (= 53,47%) des männlichen und 47 (= 46,53%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 56 Patienten (= 55,45%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. Dort wurde auch bei sämtlichen Patienten die Behandlung abgeschlossen.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

32 Patienten (= 31,69%) durch einen Wegeunfall,

28 Patienten (= 27,72%) durch einen Sportunfall,

23 Patienten (= 22,77%) durch einen Arbeitsunfall,

13 Patienten (= 12,87%) durch einen häuslichen Unfall und

5 Patienten (= 4,95%) durch einen Verkehrsunfall.

Art der Behandlung :

Die Therapie richtete sich wie bei den übrigen Frakturen der unteren Extremität nach Art der Fraktur, Stellung der Fragmente, Alter und Allgemeinzustand der Patienten.

Es wurden insgesamt

61 Patienten (= 89,86%) k o n s e r v a t i v und

7 Patienten (= 10,14%) o p e r a t i v behandelt.

Bei der k o n s e r v a t i v e n Behandlung wurde ein gespaltener Unterschenkelliegegips angelegt, der in ca. 2 Wochen zu einem Gehgips umgebaut wurde. Der Gips wurde bei Frakturen des lateralen Malleolus ohne wesentliche Dislokation der Fragemente in 4 Wochen, bei größerer Dislokation in 5 Wochen durch einen Zinkleimverband ersetzt. Bei den Frakturen des medialen Malleolus mußte länger ruhig gestellt werden. Der Gips blieb 7 bis 9 Wochen.

Zur o p e r a t i v e n Behandlung fixierte man die Fraktur bei 6 Patienten mit Draht, bei 1 Patienten mit zehn Schrauben. Nach der Fixation wurde die Extremität ruhiggestellt. Dem Gips ersetzte man nach 7 bis 9 Wochen durch einen Zinkleimverband.

Ein Patiente mit Pseudarthrose des medialen Malleolus behielt den Gips 15 Wochen und ein weiterer wegen Osteoporose 4 Monate.

Von den bimalleolären Luxationsfrakturen wurden
16 Frakturen (= 69,57%) o p e r a t i v und
7 Frakturen (= 3o,43%) k o n s e r v a t i v behandelt.

Bei der o p e r a t i v e n Behandlung wurden die Fragmente nach der Reposition mit Kirschnerdrähten und Spongiosa- oder Laschenschrauben fixiert. Anschließend legte man einen Unterschenkelgips an. Die Fäden wurden in 1o bis 12 Tagen entfernt. Den Liegegips baute man in 5 Wochen in einen Gehgips um. Der Gips wurde in 14 Wochen abgenommen, worauf die ambulante krankengymnastische Übungsbehandlung folgte. Die Drähte und Schrauben wurden frühestens in 2 Monaten, gewöhnlich aber in 4 bis 6 Monaten entfernt.

Zur k o n s e r v a t i v e n Therapie legte man wie bei den übrigen malleolären Frakturen einen aufgeschnittenen Unterschenkelliegegips an, der nach 2 Wochen in einen Gehgips umgebaut wurde. Den Gips nahm man in 10 bis 14 Wochen ab.

Nachbehandlung alter Frakturen :

Von den insgesamt 4 Patienten kamen
2 Patienten zur Draht- und Schraubenentfernung,
je 1 Patient zur konservativen Sudeckbehandlung bzw
zur Röntgenkontrolle in die Klinik.

Folgende Tabelle gibt zusammenfassend die operative und konservative Therapie bei den einzelnen malleolösen Frakturen, wie die Anzahl der ambulant und stationären Behandlungen wieder.

	konservativ	operativ	stationär	ambulant
lateraler u. medialer Malleolus	59	7	9	57
bimalleoläre ohne Luxation	3	-	-	3
bimalleoläre Luxationsfraktur	7	16	18	5
insgesamt	69	23	27	65

<u>Behandlungsergebnis :</u>

Der Therapieerfolg war im allgemeinen gut.
Nach o p e r a t i v e r Behandlung kam es
2 mal zu einer Fistel an der Fixationsstelle,
je 1 mal zu einer verzögerten Wundheilung und
einer allergischen Hautreaktion.
Im übrigen heilten alle operativen Wunden per prinanz.

Bei k o n s e r v a t i v e r Behandlung kam es zu keinen Komplikationen. 5 Patienten waren nach Abschluß der Behandlung über 2o% mindererwerbsunfähig.

<u>Behandlungsdauer :</u>

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei den malleolären Frakturen betrug

stationär	27,3	Tage
ambulant	66,o	Tage
insgesamt	93,3	Tage

<u>Arbeitsunfähigkeit :</u>

Die Arbeitsunfähigkeit betrug bei Frakturen des medialen und lateralen Malleolus wie bei bimalleolärer Fraktur ohne Luxation 8 bis 12 Wochen. Waren Sehnenrisse oder Subluxationen vorhanden, konnte die Arbeit erst in 14 bis 18 Wochen, bei bimalleolären Luxationsfrakturen erst in 4 bis spätestens 7 Monaten wieder aufgenommen werden.

6. FRAKTUREN DER FUSSWURZEL

Unter den 11 Patienten, die mit einer Fußwurzelfraktur in die Behandlung kamen hatten

6 Patienten eine Calcaneusfraktur,

je 2 Patienten eine Fraktur des Os naviculare bzw eine Fraktur des Talus und

1 Patient eine Fußwurzelknochenabsprengung.

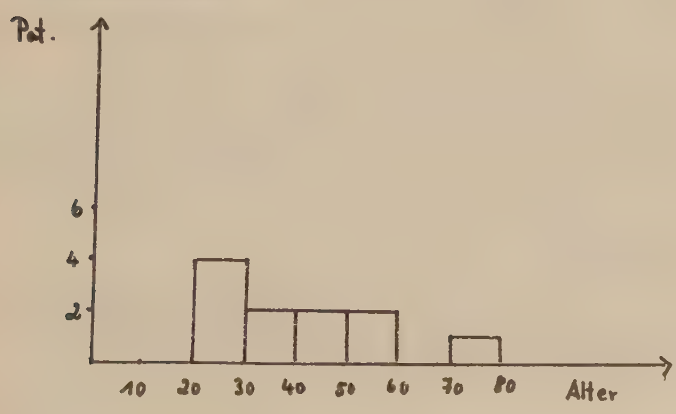
Geschlechtsverteilung :

Es waren 9 Patienten (= 81,81%) Vertreter des männlichen und 2 Patienten (= 18,19%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 6 Patienten (= 54,54%) in die Klinik überwiesen, während 1 Patient (= 9,09%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurde.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

6 Patienten	(= 54,54%)	durch einen Arbeitsunfall,
je 2 Patienten	(= 18,18%)	durch einen Sportunfall bzw
		durch einen häuslichen Unfall und
1 Patient	(= 9,09%)	durch einen Wegeunfall.

Art der Behandlung :

Die Fußwurzelfrakturen wurden alle mit Ausnahme von 2 Calcaneustrümmerfrakturen k o n s e r v a t i v in der Ambulanz behandelt. Den Gips nahm man bei der Calcaneusfraktur nach 12 Wochen, bei Talusfrakturen nach 8 Wochen und bei Frakturen des Os naviculare nach 4 Wochen ab.

Bei der o p e r a t i v e n Behandlung der Calcaneustrümmerfraktur fixierte man die Fragmente mit Kirschnerdrähten, wobei die Frakturhöhle mit Kieler Spänen unterfüttert wurde. Die Redondrainage wurde na ch 2 bis 3 Tagen, die Fäden nach 8 bis 1o Tagen entfernt. Mit der Belastung wurde nicht vor 8 bis 1o Wochen begonnen. Die Drähte entfernte man in ca. 3 Monaten.

Nachbehandlungen alter Frakturen :

Von den 2 Patienten kam einer zur Gipsabnahme, der andere wegen eines Abnutzungsschadens nach 3 Jahre alter Calcaneusfraktur. Letzterer erhielt Einlagen verordnet.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war gut, mit Ausnahme eines Patienten, der nach Abschluß der Behandlung eine Mindererwerbsunfähigkeit von über 2o% aufwies.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung betrug bei den Frakturen der Fußwurzel

stationär	3,6	Tage
ambulant	42,o	Tage
insgesamt	45,6	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei Calcaneusfrakturen betrug die Arbeitsunfähigkeit 6 Monate, bei Talusfrakturen ohne Dislokation 2 Monate und bei Frakturen des os naviculare 4 Wochen.

7. FRAKTUREN DES MITTELFUSSES

Unter den 3o Mittelfußfrakturen waren

12 Frakturen des ersten Mittelfußstrahls,
3 Frakturen des zweiten Mittelfußstrahls,
1 Fraktur des vierten Mittelfußstrahls und
8 Frakturen mit mehreren Mittelfußstrahlen.

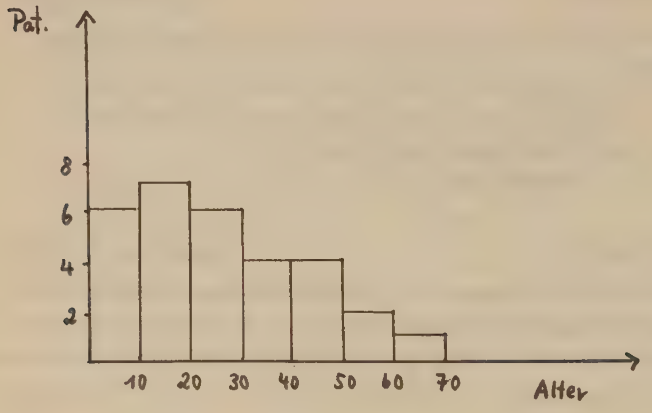
Geschlechtsverteilung :

Es waren unter den Patienten 19 Vertreter (= 63 1/3%) des männlichen und 11 Vertreter (= 36 2/3%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 24 Patienten (≙ 8o%) in die Poliklinik überwiesen. 2 Patienten (= 6 2/3%) übergab man der weiteren hausärztlichen Behandlung.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

13 Patienten (= 43 1/3%) durch einen Arbeitsunfall,
7 Patienten (= 23 1/3%) durch einen häuslichen Unfall,
6 Patienten (= 2o %) durch einen Sportunfall und
je 2 Patienten (= 6 2/3%) durch einen Wegeunfall bzw
durch einen Verkehrsunfall.

Art der Behandlung :

Sämtliche Frakturen des Mittelfußes wurden in der Ambulanz und konservativ behandelt. Man legte einen Unterschenkelliegegips an, der nach Abschwellung mit einer Gehsohle versehen wurde.

Die Gipsabnahme erfolgte in 25 Fällen (= 83 1/3%) in 3 bis 4 Wochen, in 6 Fällen (= 16 2/3%) in 6 Wochen.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie war der Art der Fraktur entsprechend erwartungsgemäß gut. 1 Patient mit Fraktur von mehreren Mittelfußstrahlen mußte nach 7 Wochen mit einer Mindererwerbsunfähigkeit von über 2o% aus der Behandlung entlassen werden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei den Frakturen des Mittelfußes betrug 21,9 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug 3 bis 4 Wochen, in schweren Fällen 5 bis 8 Wochen.

8. FRAKTUREN DER ZEHEN

Die 51 Zehenfrakturen teilten sich auf in

32 Frakturen der Großzehe,
6 Frakturen der zweiten Zehe,
4 Frakturen der dritten Zehe,
2 Frakturen der vierten Zehe und
7 Frakturen der fünften Zehe.

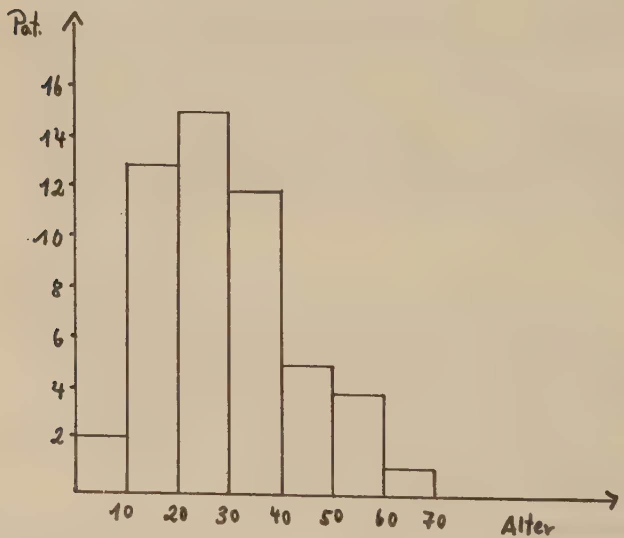
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten, die mit Zehenfrakturen zur Behandlung kamen, waren 42 Patienten (= 82,35%) männlichen und 9 Patienten (= 17,65%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 3o Patienten (= 58,82%) zur Behandlung vom Hausarzt in die Poliklinik überwiesen, während 5 Patienten (= 9,8o%) zur weiteren Behandlung dem Hausarzt wieder übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

29 Batienten (= 56,86%) durch einen Arbeitsunfall,
1o Patienten (= 19,61%) durch einen häuslichen Unfall,
6 Patienten (= 11,76%) durch einen Sportunfall,
5 Patienten (= 9,81%) durch einen Wegeunfall und
1 Patient (= 1,96%) durch einen Verkehrsunfall.

Art der Behandlung :

Mit Ausnahme eines Patienten mit Großzehentrümmerungsfraktur, der zur Amputation s t a t i o n ä r aufgenommen wurde, sind alle Frakturen k o n s e r v a t i v behandelt worden.

Die k o n s e r v a t i v e Therapie der Großzehenfrakturen erfolgte in

25 Fällen (= 78,12%) mit einem Gipsverband und in
7 Fällen (= 21,88%) genügte ein Dachziegelverband.

Bei den übrigen Zehenfrakturen wurden in
7 Fällen (= 36,84%) mit einem Gipsverband gearbeitet.

Die Abnahme des Gipsverbandes erfolgte in 2 Wochen. 6 Patienten mit stärkerer Schwellung blieb der Gips 3 bis 4 Wochen.

Bei 8 Patienten mußte wegen offener Fraktur eine operative Wundversorgung durchgeführt werden.

Behandlungsergebnis :

Ein Patient mit zusätzlicher Vorfußquetschung war infolge eines Sudecksyndroms nach Behandlungsabschluß über 20% mindererwerbsunfähig. Ansonsten war das Ergebnis der Therapie gut und es kam zu keinen weiteren Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Zehenfrakturen betrug 11,2 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug meistens 2 bis 3 Wochen, bei leichteren Frakturen 1 bis 2 Wochen.

F GESCHLOSSENE VERLETZUNGEN DER MUSKULATUR

Von den insgesamt 11 Patienten, die mit geschlossenen Verletzungen zur Behandlung kamen, hatten

6 Patienten Distorsionen,
2 Patienten Muskelrisse und
3 Patienten Muskelkrämpfe und -spannungen.

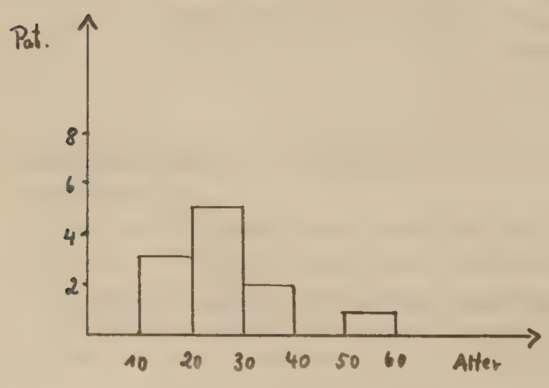
Geschlechtsverteilung :

Es waren darunter 9 Patienten (= 81,82%) Vertreter des männlichen und 2 Patienten (= 18,17%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 6 Patienten (= 54,54%) in die Klinik überwiesen, während 4 Patienten (= 36,36%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich
6 Patienten (= 54,54%) durch einen Sportunfall,
3 Patienten (= 27,27%) durch einen Arbeitsunfall und
2 Patienten (= 18,17%) durch einen häuslichen Unfall.

Art der Behandlung :

Die Therapie erfolgte bei sämtlichen Patienten a m b u l a n t und k o n s e r v a t i v. Bei Distorsionen und Rissen der Muskulatur wurden feuchte Verbände und Ruhestellung auf eine Schiene, wie Bettruhe angeordnet. Bei Muskelkrämpfen behandelte man mit Alkoholumschlägen, Novalgin und Luminal. Zur Therapie der Muskelspannungen reichten allgemeine Maßnahmen wie Ruhe und Wärme.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei geschlossenen Verletzungen der Muskulatur betrug 4,1 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug höchstens einige Tage, bei Muskelrissen ca. 2 Wochen.

GRUPPE II FRISCHE OFFENE VERLETZUNGEN

Es kamen insgesamt 355 Patienten mit frischen offenen Verletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen in die Chirurgische Poliklinik.

Geschlechtsverteilung :

Von diesen 355 Patienten waren 224 Patienten (= 63,1%) männlichen und 131 Patienten (= 36,9%) weiblichen Geschlechts.

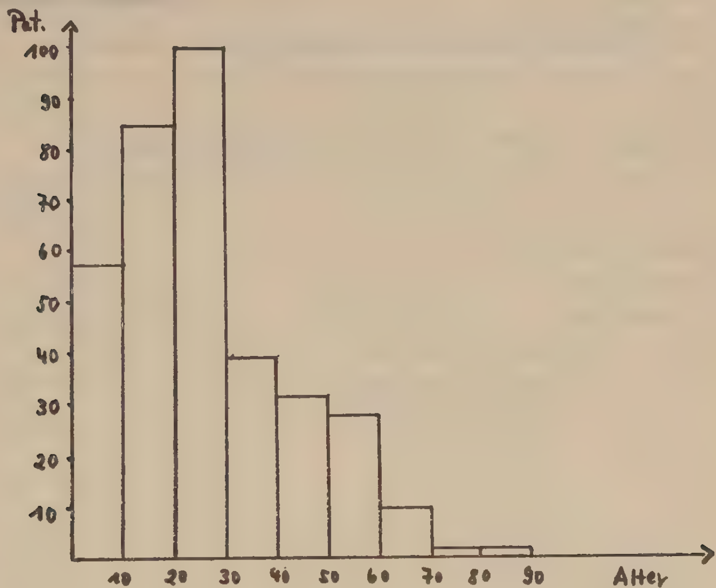
Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden insgesamt 19o Patienten (= 56,62%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen und 7o Patienten (= 19,72%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei FRISCHEN OFFENEN VERLETZUNGEN

Art der Verletzung	♂	♀	H →	→ H
Schürfwunden	54	46	63	24
Platzwunden	14	9	12	3
Rißwunden	42	22	34	11
Quetschwunden	17	6	13	6
Schnittwunden	34	2o	3o	13
Fremdkörper	11	5	6	3
Stichwunden	32	8	16	5
Bißwunden	8	6	7	2
Verbrennungen Erfrierungen	12	9	9	3
insgesamt	224	131	19o	7o

Altersverteilung :



Art und Lokalisation :

Die Art und Lokalisation der frischen offenen Verletzungen und Verbrennungen zeigt folgende Tabelle:

	Zahl und Lokalisation der Verletzungen							
Art der Verletzung	H u. OS	Kn	US	S	F	Z	m	Summe
Schürfwunden	9	29	16	14	9	4	19	1oo
Platzwunden	3	7	8	-	5	-	-	23
Rißwunden	5	15	21	3	16	4	-	64
Quetschwunden	2	-	1	2	12	6	-	23
Schnittwunden	7	15	8	-	2o	4	-	54
Fremdkörper	3	3	1	3	36	5	-	16
Stichwunden	5	1	1	-	29	4	-	4o
Bißwunden	2	1	11	-	-	-	-	14
Verbrennungen und Erfrierungen	4	-	3	1	9	-	4	21
insgesamt	4o	71	7o	23	1o3	25	23	355

Art der Behandlung :

Bei insgesamt
193 Pat. (= 54,37%) erfolgte eine konservative Behandlung, bei
162 Pat. (= 45,63%) eine operative Wundversorgung.

Bei 334 Pat. (= 94,o5%) wurde die Behandlung ambulant, und bei
21 Pat. (= 5,95%) stationär durchgeführt.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei den frischen offenen Verletzungen betrug

ambulant	5,7	Tage
stationär	o,6	Tage
insgesamt	6,3	Tage

A. SCHÜRFWUNDEN

Von den insgesamt 1oo Patienten, die mit Schürfwunden zur Behandlung kamen, hatten sich

29 Patienten am Knie,
16 Patienten am Unterschenkel,
14 Patienten an der Malleolengegend,
je 9 Patienten am Oberschenkel bzw Fuß,
4 Patienten an den Zehen verletzt und
19 Patienten hatten sich multiple Schürfwunden der unteren Extremität zugezogen.

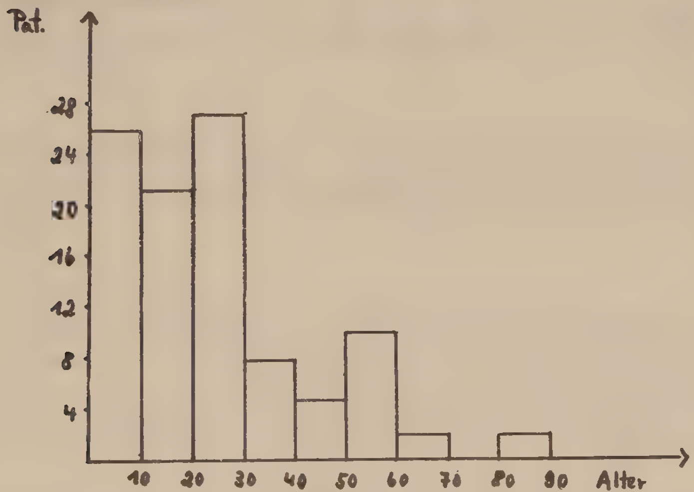
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 54 Vertreter (= 54%) männlichen und 46 Vertreter (= 46%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 63 Patienten (= 63%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. Bei 24 Patienten (= 24%) erfolgte die Weiterbehandlung durch den Hausarzt.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

33 Patienten (= 33%) durch einen Wegeunfall,
31 Patienten (= 31%) durch einen Verkehrsunfall,
17 Patienten (= 17%) durch einen Arbeitsunfall,
14 Patienten (= 14%) durch einen häuslichen Unfall und
5 Patienten (= 5%) durch einen Sportunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Lokalisation und Verteilung der Schürfwunden und Art der Unfälle.

		Wege	Verkehr	Arbeit	häusliche	Sport
Oberschenkel	9	-	1	3	1	4
Knie	29	8	14	3	4	-
Unterschenkel	16	3	6	3	3	1
Malleolen	14	13	-	1	-	-
Fuß	9	5	-	3	1	-
Zehen	4	-	1	-	3	-
Multiple Schürfwunden d. unteren Extremitäten	19	4	9	4	2	-
insgesamt	1oo	33	31	17	14	5

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte

zu 84% konservativ und

zu 16% operativ.

Für die konservative Behandlung verwendete man bei

18 Patienten einen Schienenverband,

12 Patienten einen trockenen Verband,

3 Patienten einen feuchten Verband,

9 Patienten bekam die Wunde einen Jodanstrich und

47 Patienten waren neben der Tetanusimmunisierung keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Nach der operativen Wundversorgung wurden
bei 1o Patienten ein einfacher trockener Wundverband,
bei 2 Patienten ein feuchter Verband und
bei 4 Patienten ein Schienenverband angelegt.
Bei 1 Patienten wurden Antibiotika verwendet.

Behandlungsergebnis :

Die Wunden heilten bei 97 Patienten per primam und bei 3 Patienten per secundam.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Schürfwunden betrug 1,8 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Bei sauberen Berufen konnten die Patienten ihre Arbeit sofort wieder aufnehmen, bei schmutzigen Berufen waren sie 4 bis 8 Tage, je nach Ausdehnung der Wunde arbeitsunfähig. In sechs Fällen bei sekundärer Wundheilung betrug die Arbeitsunfähigkeit 2 bis 3 Wochen.

B. PATZWUNDEN

Von den insgesamt 23 Patienten, die mit Platzwunden zur Behandlung kamen, hatten sich

8 Patienten am Unterschenkel,
7 Patienten am Knie,
5 Patienten am Fuß und
3 Patienten am Oberschenkel verletzt.

Geschlechtsverteilung :

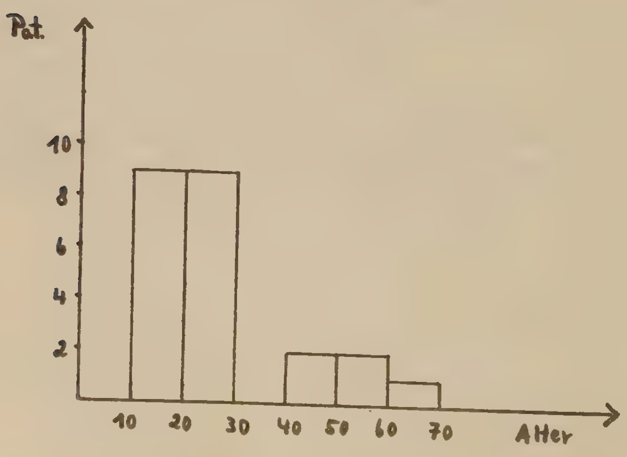
Unter den Patienten waren 14 Vertreter (= 6o,87%) des männlichen Geschlechts und 9 Vertreter (= 39,13%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 12 Patienten (= 52,18%) vom Hausarzt überwiesen. 3 Patienten (= 13,04%) übergab man der weiteren hausärztlichen Behandlung.

Altersverteilung :

Platzwunden zogen sich vor allem Patienten im 2. bis 3. Dezennium zu, wie folgende graphische Darstellung zeigt.



<u>Art der Unfälle :</u>

Es verletzten sich
8 Patienten (= 34,78%) durch einen Verkehrsunfall,
je 6 Patienten (= 26,o9%) durch einen häuslichen Unfall bzw durch einen Wegeunfall und
3 Patienten (= 13,o4%) durch einen Arbeitsunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Lokalisation und Verteilung der Platzwunden nach Art der Unfälle.

		Verkehr	Wege	häusliche	Arbeit
Oberschenkel	3	1	1	-	1
Knie	7	3	3	1	-
Unterschenkel	8	4	1	2	1
Fuß	5	-	1	3	1
insgesamt	23	8	6	6	3

<u>Art der Behandlung :</u>

Die Behandlung erfolgte
zu 91,3% <u>operativ</u> und
zu 8,7% <u>konservativ</u>.

Nach der o p e r a t i v e n Wundrandexcision bekamen
1o Patienten einen Schienenverband und
11 Patienten ein einfachen trockenen Verband.

Bei den 2 Patienten, die k o n s e r v a t i v behandelt wurden, waren außer der Tetanusprophylaxe keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Behandlungsergebnis :

Die Wunden heilten mit Ausnahme von 2 Patienten (= 8,69%) alle per primam.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 5,8 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die meisten Patienten konnten die Arbeit in 4 bis 6 Tagen wieder aufnehmen. 1 Patient mit Eröffnung der Bursa praepatelloris war 1o Tage arbeitsunfähig.

C. RISSWUNDEN

Unter den 64 Patienten waren 17 Patienten mit Rißquetsch- und 6 Patienten mit Rißplatzwunden. 2o weitere Patienten hatten zusätzliche Verletzungen außerhalb der unteren Extremität.

Von den Patienten hatten sich

21 Patienten am Unterschenkel,
16 Patienten am Fuß,
15 Patienten am Knie,
4 Patienten an den Zehen,
je 3 Patienten am Oberschenkel bzw
in der Malleolengegend und
2 Patienten an der Hüfte verletzt.

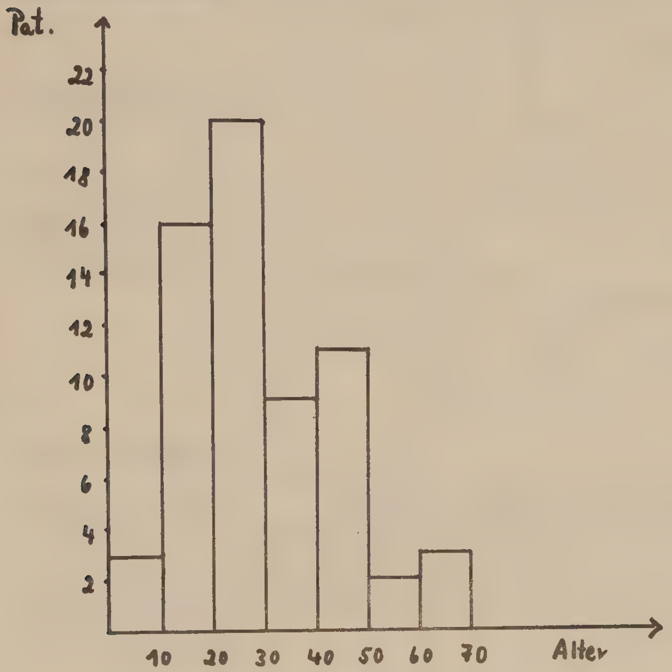
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 42 Vertreter (= 65,63%) des männlichen und 22 Vertreter (= 34,37%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 34 Patienten (= 53,13%) vom Hausarzt zur Behandlung in die Klinik eingewiesen und 11 Patienten (= 17,19%) dem Hausarzt zur weiteren Behandlung übergeben.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich
2o Patienten (= 31,25%) durch einen Verkehrsunfall,
17 Patienten (= 26,56%) durch einen Arbeitsunfall,
11 Patienten (= 17,19%) durch einen Wegeunfall,
1o Patienten (= 15,62%) durch einen häuslichen Unfall und
6 Patienten (= 9,38%) durch einen Sportunfall.

Folgende Tabelle zeigt die Lokalisation und Verteilung der Rißwunden nach Art der Unfälle.

		Verkehr	Arbeit	Wege	häusliche	Sport
Becken	2	2	-	-	-	-
Oberschenkel	3	-	-	-	-	2
Knie	15	8	3	2	2	-
Unterschenkel	21	7	6	2	6	-
Malleolus	3	1	2	-	-	-
Fuß	16	2	3	7	1	3
Zehen	4	-	2	-	1	1
insgesamt	64	2o	17	11	1o	6

<u>Art der Behandlung :</u>

Die Behandlung erfolgte
zu 66,13% o p e r a t i v und
zu 33,87% k o n s e r v a t i v .

Nach der o p e r a t i v e n Wundversorgung wurde
bei 22 Patienten ein Schienenverband und
bei 18 Patienten ein einfacher Verband angelegt.
In 1 Fall mußte die Großzehengrundphalanx amputiert werden,
in 3 Fällen warbei einer Rißwunde am Knie eine Entfernung der Bursa praepatellaris nötig.

Zur k o n s e r v a t i v e n Therapie verwendete man
bei 8 Patienten einen Schienenverband,
bei 7 Patienten einen trockenen Verband,
bei 5 Patienten einen feuchten Verband.
Bei 8 weiteren Patienten war nur eine Tetanusprophylaxe nötig.

Es wurden 49 Patienten a m b u l a n t und
13 Patienten s t a t i o n ä r behandelt.

Zur stationären Aufnahme kamen
6 Patienten wegen infizierter Rißwunden,
3 Patienten zur Eröffnung der Bursa praepatellari und
je 2 Patienten wegen zusätzlicher Commotio cerebri bzw schlechter häuslicher Pflege.

Behandlungsergebnis :

Die Wunden heilten alle mit Ausnahme von 2 Patienten (= 3,13%) per primam.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug

a m b u l a n t	7,7	Tage
s t a t i o n ä r	10,8	Tage
insgesamt	8,5	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei leichten Rißwunden wurde die Arbeit sofort wieder aufgenommen, bei tieferen Wunden betrug die Arbeitsunfähigkeit 1 bis 2 Wochen.

In 1 Fall, bei dem wegen eines großen Epitheldefekts eine Reverdinplastik durchgeführt wurde, war eine Arbeitsunfähigkeit von 7 Wochen zu verzeichnen.

F. QUETSCHWUNDEN

Unter den 23 Patienten, die wegen Quetschwunden in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung kamen, hatten sich

12 Patienten am Fuß,
6 Patienten an den Zehen,
je 2 Patienten am Oberschenkel bzw
an der Malleolengegend und
1 Patient am Unterschenkel verletzt.

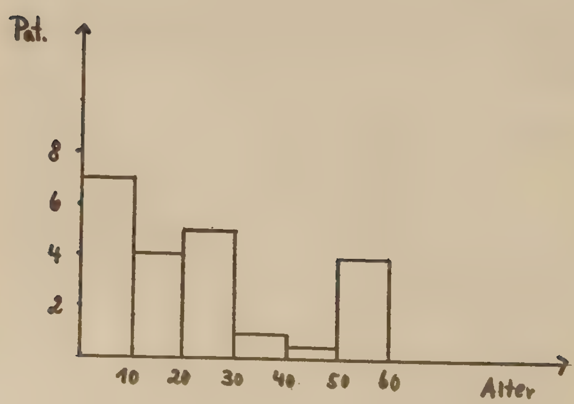
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 17 Vertreter (= 73,91%) des männlichen und 6 Vertreter (= 26,o9%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 13 Patienten (= 56,52%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während 6 Patienten (= 26,o9%) dem Hausarzt zum Abschluß der Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

14 Patienten (= 6o,87%) durch einen Arbeitsunfall,
5 Patienten (= 21,74%) durch einen Wegeunfall,
2 Patienten (= 8,69%) durch einen Verkehrsunfall und
je 1 Patient (= 4,35%) durch einen häuslichen Unfall bzw
durch einen Sportunfall.

Bei den Patienten, die sich durch Wegeunfälle verletzten, handelte es sich ausschließlich um Kinder bis zum 5. Lebensjahr, die mit dem Fuß in Fahrradspeichen kamen.

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte durchweg k o n s e r v a t i v , wobei
bei lo Patienten eine Gipsschiene,
bei 7 Patienten ein feuchter Verband und
bei 6 Patienten ein trockener Verband angelegt wurden.

Die Behandlung wurde in sämtlichen Fällen a m b u l a n t durchgeführt. Nur 1 Patient wurde wegen eines Kniegelenkhaematoms s t a t i o n ä r aufgenommen.

Behandlungsergebnis :

Die Wundheilung erfolgte ohne Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Quetschwunden betrug

ambulant 7,6 Tage
stationär o,1 Tage

insgesamt 7,7 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei leichten Quetschwunden betrug die Arbeitsunfähigkeit 1 Woche, bei schweren 2 - 3 Wochen.

E. SCHNITTWUNDEN

Unter den 54 Patienten, die mit Schnittwunden und Stanzverletzungen in die Klinik zur Behandlung kamen, hatten sich
2o Patienten am Fuß,
15 Patienten am Knie,
8 Patienten am Unterschenkel,
7 Patienten am Oberschenkel und
4 Patienten an den Zehen verletzt.

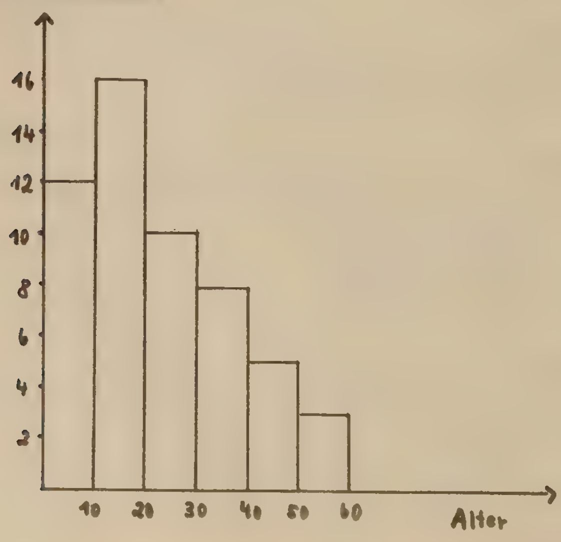
Geschlechtsverteilung :

Es waren 34 Patienten (= 62,96%) männlichen und 2o Patienten (= 37,04%) weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 3o Patienten (= 55,56%) in die Klinik überwiesen. 13 Patienten (= 24,o7%) wurden der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich

19 Patienten (= 35,19%) durch einen Wegeunfall,

je 13 Patienten (= 24,07%) durch einen Arbeitsunfall bzw durch einen häuslichen Unfall,

5 Patienten (= 9,26%) durch einen Sportunfall und

4 Patienten (= 7,41%) durch einen Verkehrsunfall.

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte

zu 85,19% o p e r a t i v und

zu 14,81% k o n s e r v a t i v .

Nach der o p e r a t i v e n Versorgung der Wunde, wurde

bei 3o Patienten ein einfacher Schutzverband,

bei 16 Patienten ein Schienenverband angelegt.

Bei k o n s e r v a t i v e r Behandlung wurde

bei 2 Patienten ein feuchter Verband verwendet, da wegen Infektion keine operative Wundversorgung möglich war.

Bei 6 Patienten war keine weitere Behandlung als ein Schutzverband nötig.

Es wurde bei sämtlichen Patienten eine Tetanusprophylaxe durchgeführt.

Alle Schnittwunden wurden a m b u l a n t behandelt, mit Ausnahme eines Patienten, der zur Bursaextirpation s t a t i o n ä r aufgenommen wurde. Antibiotika wurden nur in einem Fall verwendet.

Behandlungsergebnis :

Die Wunden heilten bei 51 Patienten per primam, bei 3 Patienten per secundam.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Schnittverletzungen betrug

ambulant	8,8	Tage
stationär	o,2	Tage
insgesamt	9,o	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei leichten Schnittwunden konnte die Arbeit sofort wieder aufgenommen werden. Bei schweren Wunden, insbesondere, wenn sie infiziert waren, oder bei Schwerarbeitern betrug die Arbeitsunfähigkeit 1 bis 2 Wochen.

F. FREMDKÖRPERVERLETZUNGEN

Es kamen insgesamt 16 Patienten mit Fremdkörperverletzungen in die Poliklinik. Von diesen hatten sich

6 Patienten am Fuß,
je 3 Patienten am Oberschenkel bzw
am Knie und an den Zehen und
1 Patient am Unterschenkel verletzt.

<u>Geschlechtsverteilung :</u>

Unter den Patienten waren 11 Vertreter (= 68,75%) des männlichen und 5 Vertreter (= 31,25%) des weiblichen Geschlechts.

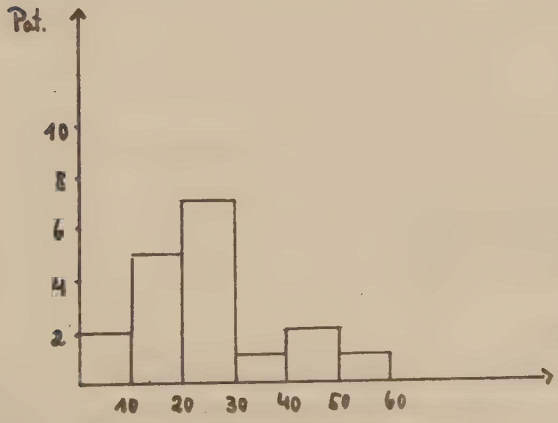
<u>Hausärztliche Überweisungen :</u>

Es wurden 6 Patienten (= 37,5%) vom Hausarzt überwiesen, während 3 Patienten (= 18,75%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

<u>Arten der Fremdkörperverletzungen :</u>

Es handelte sich
bei 5 Patienten um Schußverletzungen,
bei 4 Patienten um Holzsplitterverletzungen,
bei 2 Patienten um einen Fremdkörper aus Metall und
bei 1 Patienten um einen Dorn.
Bei weiteren 4 Patienten konnte kein Fremdkörper gefunden werden.

<u>Altersverteilung :</u>



Arten der Unfälle :

Es verletzten sich

8 Patienten (= 5o %) durch einen häuslichen Unfall,

4 Patienten (= 25 %) durch einen Arbeitsunfall,

3 Patienten (= 18,5 %) durch einen Wegeunfall und

1 Patient (= 6,25%) durch einen Sportunfall.

Art der Behandlung :

Sämtliche Wunden wurden o p e r a t i v versorgt. Nach Entfernung des Fremdkörpers und weiterer Wundexcision wurde

bei 7 Patienten ein Schienenverband,

bei 3 Patienten ein einfacher steriler Schutzverband und

bei 2 Patienten ein feuchter Verband angelegt.

Es wurde in jedem Falle eine Tetanusprophylaxe durchgeführt. Trotzdem kam es bei 1 Patienten zu einem Tetanus. Außer letzterem Patienten wurde nocht ein weiterer wegen eines Kelloids nach Sprengkörperverletzung s t a t i o n ä r aufgenommen. Die Behandlung aller anderen Patienten wurde a m b u l a n t durchgeführt.

Behandlungsergebnis :

Sämtliche Wunden heilten ohne Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Fremdkörperverletzungen betrug

ambulant	7,2	Tage
stationär	3,2	Tage
insgesamt	lo,4	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Mit Ausnahme von 2 Patienten war keine Arbeitsunfähigkeit zu verzeichnen. Von ersteren war einer wegen einer Schußverletzung 4 Wochen, ein anderer, der zur Verschiebeplastik nach alter Sprengstoffverletzung stationär aufgenommen wurde, 6,5 Monate arbeitsunfähig.

G. STICHVERLETZUNGEN

Unter den 4o Stichwunden waren

28 Nagelstichverletzungen und

je 6 Messerstich-, bzw Nadelstichverletzungen.

Diese Wunden waren wiederum

bei 29 Patienten am Fuß,

bei 5 Patienten am Oberschenkel,

bei 4 Patienten an den Zehen und

bei je 1 Patienten am Unterschenkel bzw

am Knie lokalisiert.

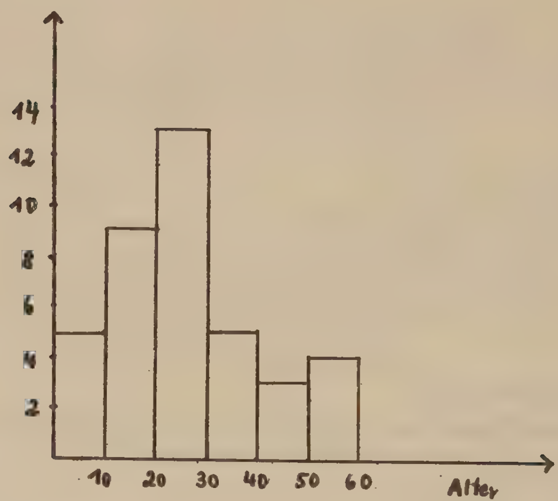
Geschlechtsverteilung :

Es waren 32 Patienten (= 8o%) Vertreter des männlichen und 8 Patienten (= 2o%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 16 Patienten (= 4o%) in die Klinik überwiesen, während 5 Patienten (= 12,5%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Es verletzten sich
17 Patienten (= 42,5%) durch einen Arbeitsunfall,
14 Patienten (= 35 %) durch einen häuslichen Unfall,
8 Patienten (= 2o %) durch einen Wegeunfall und
1 Patient (= 2,5%) durch einen Sportunfall.

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte
zu 7o% k o n s e r v a t i v und
zu 3o% o p e r a t i v.

Zur k o n s e r v a t i v e n Behandlung wurde
bei 2o Patienten ein feuchter Schienenverband und
bei 5 Patienten einfache feuchte Verbände verwendet.
Bei weiteren 3 Patienten waren außer der Tetanusprophylaxe keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Nach der o p e r a t i v e n Wundversorgung legte man
bei 9 Patienten einen Schienenverband und
bei 3 Patienten einen einfachen Schutzverband an.

In 8 Fällen wurden zusätzlich Antibiotika angewandt. Die Behandlung wurde mit Ausnahme eines Patienten, der zur Gefaßunterbindung s t a t i o n ä r aufgenommen war, a m b u l a n t durchgeführt.

Behandlungsergebnis :

Die Wunden heilten bei operativer Wundversorgung nach primär verzögerter Naht ohne Komplikationen. Das gleiche galt für die konservative Behandlung.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Stichverletzungen betrug

ambulant	3,4	Tage
stationär	o,1	Tage
insgesamt	3,5	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug bei tieferen Nagel- und Nadelstichverletzungen höchstens 5 bis 1o Tage, bei Messerstichverletzungen 2 bis 3 Wochen.

H. BISSWUNDEN

Von den insgesamt 14 Patienten, die mit Bißwunden zur Behandlung kamen, waren
11 Patienten von einem Hund und
3 Patienten von einer Ratte gebissen worden.

Die Wunden waren bei
11 Patienten am Unterschenkel,
2 Patienten am Oberschenkel und bei
1 Patienten am Knie lokalisiert.

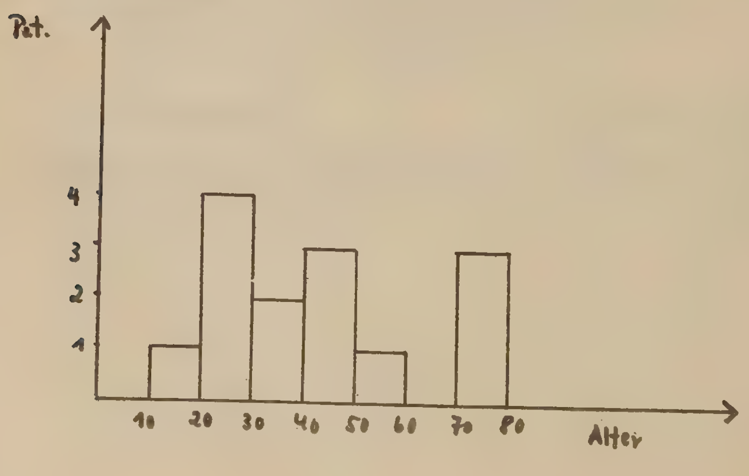
Geschlechtsverteilung :

Es befanden sich unter den Patienten 8 Vertreter (57,14%) des männlichen und 6 Vertreter (= 42,86%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

In die Klinik wurden 7 Patienten (= 50%) vom Hausarzt eingewiesen, während 2 Patienten (= 14,29%) dem Hausarzt zur weiteren Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte
zu 71,43% k o n s e r v a t i v und
zu 28,57% o p e r a t i v .

Für die k o n s e r v a t i v e Behandlung reichte
bei 7 Patienten ein trockener Schutzverband,
bei 2 Patienten ein feuchter Verband.
Bei 1 Patienten wurde ein Schienenverband angelegt.

Nach der o p e r a t i v e n Wundexcision wurde bei allen 4 Patienten die Extremität auf einer Schiene ruhiggestellt.

Eine Tetanusprophylaxe wurde regelmäßig durchgeführt. Wegen Tollwutverdacht wurde 1 Patient gegen Tollwut geimpft. Sämtliche Patienten wurden a m b u l a n t behandelt.

Behandlungsergebnis :

Alle Bißwunden heilten ohne Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Bißwunden betrug 1,6 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Es war kein Patient arbeitsunfähig.

I. VERBRENNUNGEN, ERFRIERUNGEN , VERÄTZUNGEN

Von den insgesamt 21 Patienten, die in der Klinik behandelt wurden, kamen

17 Patienten wegen Verbrennungen und

je 2 Patienten wegen Erfrierungen und Verätzungen.

Die Verletzungen waren

bei 9 Patienten am Fuß,

bei 4 Patienten am Oberschenkel,

bei 3 Patienten am Unterschenkel,

bei 1 Patienten am Malleolus lokalisiert.

Bei weiteren 4 Patienten waren multiple Verletzungen der unteren Extremität vorhanden.

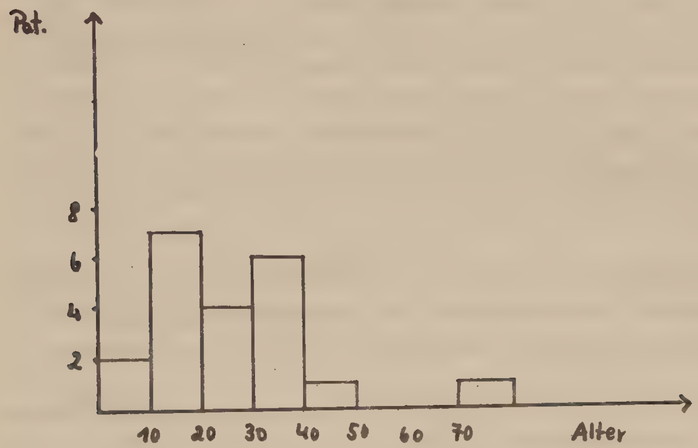
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 12 Vertreter (= 57,14%) des männlichen und 9 Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden insgesamt 9 Patienten (= 42,86%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während 3 Patienten (= 14,29%) dem Hausarzt zur weiteren Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Unfälle :

Die Verletzungen kamen

bei 1o Patienten (= 47,61%) durch einen häuslichen Unfall,

bei 9 Patienten (= 42,86%) durch einen Arbeitsunfall und

bei 2 Patienten (= 9,55%) durch einen Wegeunfall zustande.

1. Verbrennungen

Nach der Schwere der Verbrennung hatten

9 Patienten (= 52,94%) eine Verbrennung des 1. bis 2. Grades,

5 Patienten (= 29,41%) eine Verbrennung des 2. Grades und

1 Patient (= 5,88%) eine Verbrennung des 1. bis 3. Grades.

Weitere 2 Patienten (= 11,76%) kamen wegen Kelloid- bzw Ulcusbildung nach einer alten Verbrennung in die Klinik zur Behandlung.

Nach der Ausdehnung der Verbrennung waren
bei 13 Patienten (= 83,24%) weniger als 1o%,
bei 2 Patienten (= 11,76%) 7o% bzw 17,5% der Körperoberfläche betroffen.

Art der Behandlung :

Die Verbrennungen wurden je nach Grad und Ausdehnung verschieden behandelt.

Für Verbrennungen 1. Grades wurde ein Nebacetin-Branesilverband oder ein trockener Verband verwendet. Bei Verbrennungen 2. Grades und für Verbrennungen 3. Grades führte man eine Freiluftbehandlung durch.

Es wurde bei sämtlichen Patienten eine Tetanusimmunisierung vorgenommen. 15 Patienten wurden a m b u l a n t und 2 Patienten s t a t i o n ä r behandelt.

Zur Reinigung der Verbrennungswunden wendete man feuchte Verbände an. Brandblasen trug man ab. Bei Verbrennungen 3. Grades wurden die Elektrolyt- und Eiweißverluste durch Infusionstherapie kompensiert. Außerdem gab man Antibiotika parenteral wie lokal. Ansonsten wurde ebenfalls eine Freiluftbehandlung bei Abdeckung mit sterilen Tüchern durchgeführt. Nekrosen wurden stets entfernt.

Bei 1 Patienten mit Ulcusbildung nach alter Verbrennung wurde dieses excidiert. Anschließend legte man einen Perubalsamverband an.

Bei einem weiteren Patienten, der mit einer Kelloidbildung nach alter Verbrennung in die Klinik kam wurde aufgefordert, sich in jährlichem Abstand zur Kontrolle vorzustellen. Die Operation mit plastischer Deckung wurde bis zur beginnenden Kontraktur verschoben. Bis zu diesem Zeitpunkt unternahm man einen Behandlungsversuch mit Freiluft und Fettsalben. Bei starkem Juckreiz wurden feuchte Umschläge verordnet.

2. Erfrierungen

Es kamen nur 2 Patienten wegen Erfrierungen zur Behandlung. Von diesen erhielt 1 Patient wegen Frostbeulen große, trockene Schuhe verordnet. Er wurde außerdem angewiesen, täglich ein lauwarmes Bad zu nehmen und 2x/tgl die Strümpfe zu wechseln, sowie eine Frostschutzsalbe aufzutragen. Ein weiterer Patient wurde zur Lagogsenkorrektur nach Zehenamputation infolge alter Erfrierungen auß dem Kriege s t a t i o n ä r aufgenommen.

3. Verätzung

Zur Behandlung von oberflächlichen Verätzungen kamen 2 Patienten in die Klinik. Es handelte sich um Verbrennungen 1. Grades. Einer von ihnen hatte sich die Verletzung durch Chloraceton, der andere durch Saljak zugezogen. Es wurde bei ersterem ein Verband mit Natrium-Bicarbonat angelegt, bei letzterem stellte man die Extremität auf einem Schienenverband ruhig. Die weitere Behandlung erfolgte nach den oben bei den Verbrennungen angeführten Gesichtspunkten.

Behandlungsergebnis :

Ein zweijähriger Patient verstarb am 5. Tag nach Einlieferung in die Klinik an Urämie, obwohl der Schock abgefanden werden konnte. Er hatte Verbrennungen des 2. und 3. Grades bei Ausdehnung von 70% der Körperoberfläche.
Im übrigen verheilten die Verbrennungswunden ohne Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen betrug

ambulant 8,7 Tage
stationär 1,3 Tage

insgesamt 10,0 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Bei Verbrennungen des 1. bis 2. Grades mit Ausdehnung von weniger als 10% der Körperoberfläche betrug die Arbeitsunfähigkeit 1 bis 3 Wochen.

Bei 1 Patienten mit Verbrennungen des 1. bis 3. Grades, bei Ausdehnung von 17,5% der Körperoberfläche betrug die Arbeitsunfähigkeit 4 Wochen.

GRUPPE III ENTZÜNTLICHE PROZESSE

Es kamen insgesamt 119 Patienten mit entzündlichen Prozessen in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung.

Geschlechtsverteilung :

Von diesen 119 Patienten waren 79 Vertreter (= 66,39%) des männlichen und 4o Vertreter (= 33,61%) des weiblichen Geschlechts.

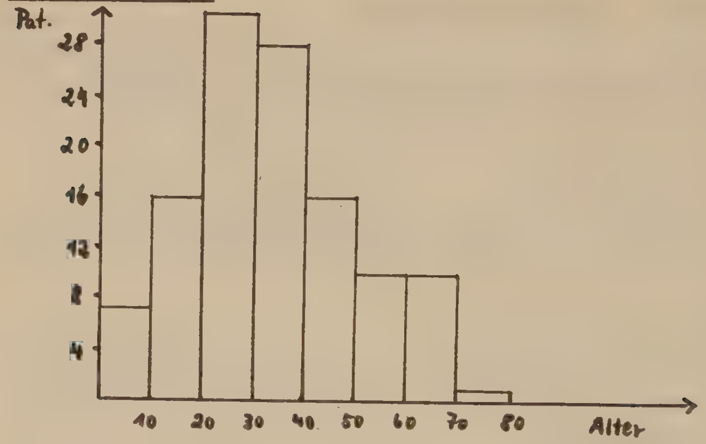
Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden insgesamt 3o Patienten (= 25,24%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen und 8 Patienten (= 6,71%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei ENTZÜNTLICHEN PROZESSEN.

Art des Prozesses	♂	♀	H⟶	⟶H
1. Wunden mit Eiteransammlung				
a. Panaritien	17	17	15	5
b. Abszesse	15	7	7	2
c) Phlegmone	3	2	2	-
d. Bursitis	6	5	3	-
e. Tendovaginitis	1	1	-	-
2. Furunkel, Karbunkel	6	2	1	1
3. Sonderformen				
a. Osteomyelitis	15	2	4	1
b. Periostitis	1	1	2	-
c. Gonitis	11	-	6	2
d. Erysipel	4	1	4	1
e. Erysipeloid	-	2	1	1
Summe	79	4o	3o	8

Altersverteilung :



Art und Lokalisation :

Eine Übersicht über die Art und Lokalisation der entzündlichen Prozesse zeigt folgende Tabelle.

Art der Prozesse	Anzahl und Lokalisation					
	H-OS	Kn	US	Sp	F	Z
Panaritien	-	-	-	-	-	34
Abszesse	12	-	3	-	6	1
Phlegmone	2	-	1	-	2	-
Bursitis	-	11	-	-	-	-
Tendovaginitis	-	-	1	-	1	-
Furunkel, Karbunkel	5	-	3	-	-	-
Osteomyelitis	6	-	6	2	2	1
Periostitis	-	-	-	1	1	-
Gonitis	-	11	-	-	-	-
Erysipel	-	-	4	-	1	-
Erysipeloid	-	1	-	1	-	-
Summe	25	23	18	4	13	36

Art der Behandlung :

Es wurden insgesamt 64 Patienten (= 53,78%) k o n s e r v a t i v behandelt. In 55 Fällen (= 46,22%) wurden o p e r a t i v e Eingriffe vorgenommen. Diese teilten sich auf in

25 Incisionen,
11 Extirpationen und
19 keilförmige Exsisionen bei Panaritien.

Die Behandlung erfolgte bei 1o1 Patienten (= 84,87%) in der Ambulanz, während 18 Patienten (= 15,13%) stationär aufgenommen wurden.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei entzündlichen Prozessen betrug

ambulant	1o,3 Tage
stationär	2,7 Tage
insgesamt	13,o Tage

1. WUNDEN MIT EITERANSAMMLUNG

a. Panaritien :

Von den 34 Patienten, die mit Panaritien der unteren Extremität zur Behandlung kamen, hatten

27 Patienten eine Paronychie,
4 Patienten ein Panaritium subcutaneum,
3 Patienten ein Panaritium cutaneum.

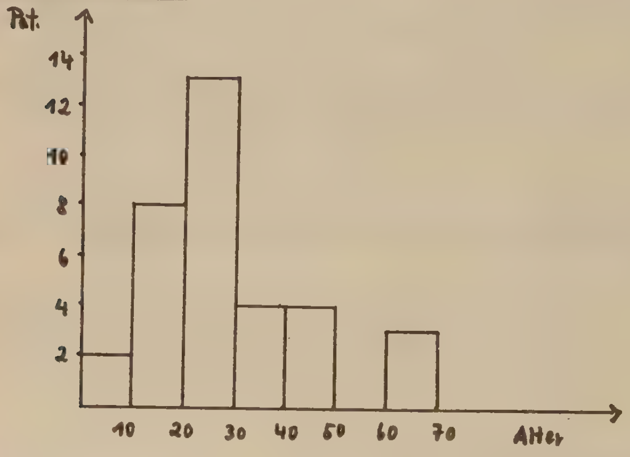
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren je 17 Vertreter (= 5o%) des männlichen weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 15 Patienten (= 44,12%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während 5 Patienten (= 14,71%) dem Hausarzt zur weiteren Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Therapie bei Panaritium cutaneum und subcutaneum bestand in einer Incision und nachfolgender Anordnung von feuchten Verbänden. Dabei verwendete man unter den insgesamt 7 Patienten

bei 4 Patienten einen feuchten Schienenverband,

bei 3 Patienten einen einfachen feuchten Verband.

In 2 Fällen wandte man zusätzlich Antibiotika an.

Von den 27 Patienten mit Paronychien wurden

19 Patienten (= 76,25%) o p e r a t i v und

8 Patienten (= 24,75%) k o n s e r v a t i v behandelt.

Die o p e r a t i v e Therapie bestand in der keilförmigen Excision in Leitungsanästhesie nach EMMET. Bei 4 Patienten wurde der gesamte Nagel entfernt, bei 1 weiteren Patienten 1/3 der Zehenendphalanx abgesetzt. Postoperativ legte man einen Schutzverband an.

K o n s e r v a t i v wurden grundsätzlich nur solghe Patienten behandelt, bei denen aus irgendeiner Ursache die Operation verschoben werden mußte, oder Patienten, die eine Operation ablehnten. Die konservative Therapie bestand in der Verordnung von feuchten Verbänden. In 3 Fällen verwendete man einen Schienenverband zur Ruhigstellung der unteren Extremität.
Die Behandlung erfolgte bei sämtlichen Patienten in der Ambulanz.

Behandlungsergebnis :

Bei einem Diabetiker kam es postoperativ zur Wundinfektion. Zweimal mußte eine Wundrevision durchgeführt werden. Der Grund war einmal eine Mykose, beim anderen Mal eine unzureichende Keilexcision.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Pananitien betrug 1o,3 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug nach Keilexcision 2 Wochen, bei Entfernung des gesamten Nagels 4 Wochen.

b. Abszesse :

Unter den 22 Patienten, die mit Abszessen in Behandlung kamen, hatten je 6 Patienten (= 27,27%) Schwielen- und 5 Patienten(= 22,73%) Spritzenabszesse.

Art der Behandlung :

Die Behandlung wurde bei

19 Patienten a m b u l a n t und bei

3 Patienten s t a t i o n ä r durchgeführt.

Ursache für die stationäre Aufnahme war bei 2 Patienten eine Osteomyelitisverdacht und bei 1 Patienten eine Verschlimmerung des eitrigen Prozesses.

Die Therapie erfolgte bei sämtlichen Patienten mit feuchten Verbänden und Ruhigstellung der Extremität. In 18 Fällen (= 81,82%) wurde vorher eine bilaterale Incision durchgeführt. Für 2 Tage legte man eine Drainage.

Ein verkalkter Abszeß wurde in toto extirpiert.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug höchstens 3 Wochen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Abszessen betrug

ambulant	9,7 Tage
stationär	o,9 Tage
insgesamt	1o,6 Tage

c. Phlegmone :

Es kamen insgesamt 5 Patienten wegen einer Phlegmone in die Klinik. Von diesen wurde bei 3 Patienten ein feuchter Schienenverband und bei 2 Patienten eine bilaterale incision durchgeführt.

Es wurden alle Patienten, mit einer Ausnahme, bei der es sich um eine beginnende Phlegmone handelte, s t a t i o n ä r aufgenommen. Die Drainage blieb 3 Tage liegen. In jedem Fall verwendete man Antibiotika.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug

ambulant	8,1 Tage
stationär	13,1 Tage
insgesamt	21,2 Tage

d. Bursitis :

Es waren insgesamt 11 Patienten, die wegen einer Bursitis in die Klinik zur Behandlung kamen.

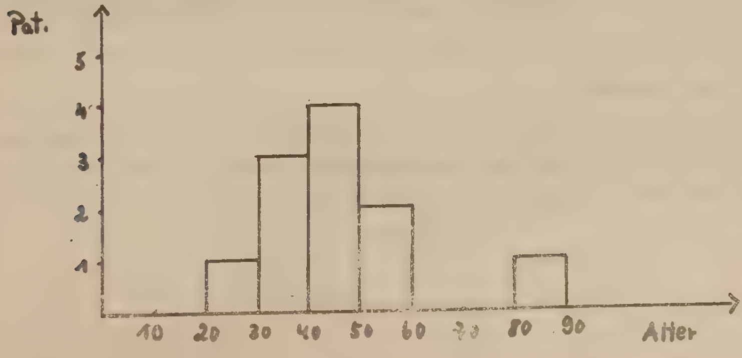
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 6 Vertreter (= 54,55%) des männlichen und 5 Vertreter (= 45,45%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 3 Patienten in die Poliklinik überwiesen. Die Behandlung wurde bei allen Patienten in der Klinik abgeschlossen.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte in sämtlichen Fällen a m b u l a n t . Es wurden dabei 7 Patienten o p e r a t i v und 4 Patienten k o n s e r v a t i v behandelt.

Man nahm bei

4 Patienten eine Incision und bei

3 Patienten eine Schleimbeutelextirpation vor.

Bei weiteren 4 Patienten legte man einen feuchten Verband an.

Im Anschluß an die Incision und Schleimbeutelextirpation stellte man die Extremität für ca. 1 Woche auf einer Schiene ruhig. In 3 Fällen instillierte man hzusätzlich Nebacetin und in einem Fall gab man allgemein Tardocillin.

Zur Extirpation entschloß man sich bei chronischer Bursitis, während Incisionen und Behandlung mit feuchten Verbänden bei akuter Bursitis angewandt wurden.

Bei je 1 weiteren Patienten wurden als zusätzliche Maßnahmen noch eine krankgengymnastische Übungsbehandlung bzw eine Behandlung mit Heilerde durchgeführt.

Behandlungsergebnis :

1 Patient bekam postoperativ einen Schienenabszeß. Ansonsten verlief der Heilungsprozeß stets ohne Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Bursitis betrug 1o,2 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Sie betrug nach Incisionen 2 bis 3 Wochen, nach Bursaextirpation bis 4 Wochen. Ein Patient, bei dem ein Schienenabszeß als Komplikation hinzukam, war 6 Wochen lang arbeitsunfähig.

e. Tendovaginitis :

2 Patienten im Alter von 23 bzw 26 Jahren kamen mit einer Tandovaginitis der unteren Extremität in die Chirurgische Poliklinik zur Behandlung. Von ihnen hatte einer eine Tedovaginitis am Unterschenkel, der andere eine Tendovaginitis der Achillessehne. Die Behandlung erfolgte im ersten Falle durch Ruhigstellung der Extremität mit Hilfe eines Oberschnekelliegegipses, im zweiten Falle verwendete man zur Therapie einen elastischen Klebeverband und verordnete zugleich Butazolidin.

2. FURUNKEL, KARBUNKEL :

Von den insgesamt 8 Patientendie zur Behandlung kamen, hatten
7 Patienten einen Furunkel und
1 Patient ein Karbunkel.

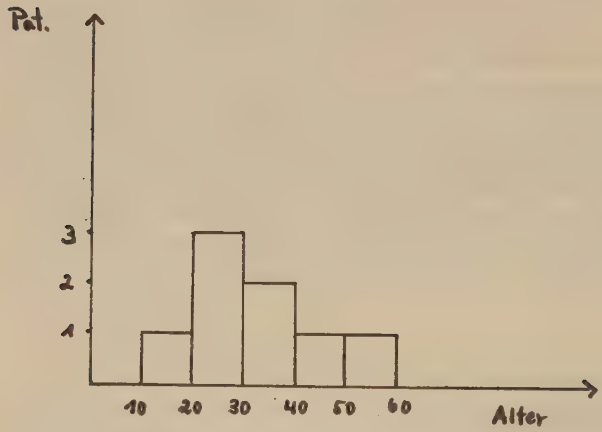
Geschlechtsverteilung :

Es waren 6 Patienten (= 75%) Vertreter des männlichen und 2 Patienten (= 25%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Nur 1 Patient (= 12,5%) wurde vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, alle übrigen Patienten kamen von selbst. Ebenfalls wurde die Behandlung bei einem Patienten durch den Hausarzt abgeschlossen.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte durchwegs a m b u l a n t . Es wurden dabei 5 Patienten k o n s e r v a t i v und 3 Patienten o p e r a t i v behandelt.

Man führte

in 2 Fällen eine bilaterale Incision,

in 1 Fall eine ovale Excision durch.

In 5 Fällen wurden feuchte Verbände angelegt.

Nach der bilateralen Incision und ovalen Excision verordnete man ebenfalls feuchte Verbände, bei strenger Bettruhe bzw einen feuchten Schienenverband. Als zusätzliche Behandlung führte man bei 1 Patienten eine Bäderbehandlung durch.

Behandlungsergebnis :

Die Prozesse verheilten alle ohne jegliche Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Furunkel und Karbunkel betrug 11,1 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Im längsten Falle betrug die Arbeitsunfähigkeit 5 Wochen. Zumeist waren die Patienten nicht länger als 2 Wochen arbeitsunfähig.

3. SONDERFORMEN

a. Osteomyelitis :

Unter den 17 Patienten, die zur Behandlung einer Osteomyelitis kamen, hatten

13 Patienten (= 76,47%) eine Osteomyelitis chronica und
4 Patienten (= 23,53%) eine Osteomyelitis acuta.

Die Ursache der chronischen Osteomyelitis war in 7 Fällen (= 53,77%) eine alte Schuß- und Granatsplitterverletzung aus dem Kriege. In einem Fall (= 7,69%) war sie nach bimalleolarer Luxationsfraktur entstanden.

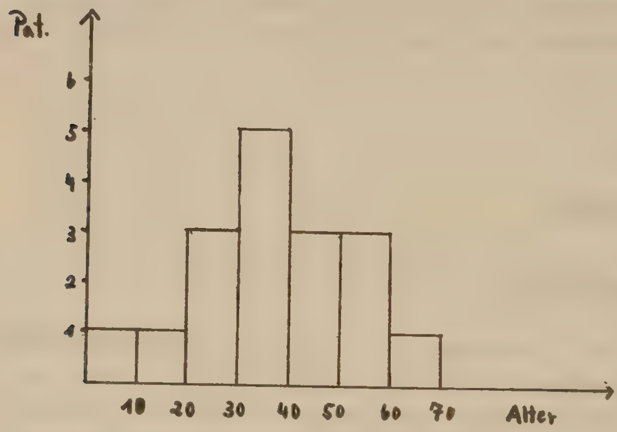
Geschlechtsverteilung :

Es befanden sich unter den Patienten 15 Vertreter (= 88,23%) des männlichen und nur 2 Vertreter (= 11,76%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 4 Patienten (= 23,53%) in die Klinik eingewiesen. Bei 1 Patienten (= 5,88%) mit chronischer Osteomyelitis erfolgte der Abschluß der Behandlung durch den Hausarzt.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung bei akuter Osteomyelitis erfolgte in der Regel stationär, während bei chronischer Osteomyelitis in 6 Fällen (= 46,15%) ambulant durchgeführt wurde.

Die chronische Osteomyelitis wurde bei
7 Patienten mit feuchten Verbänden behandelt.
Bei 5 Patienten wurde eine Fistelexcision,
bei 1 Patienten eine Amputation der Zehenendphalanx vorgenommen.

Nach der Excision der Fistel führte man eine lokale Dauerspülung mit Antibiotika durch. Größere Fistelhöhlen schloß man mit Hilfe einer Muskellappenplastik. Bei Behandlung mit feuchten Verbänden achtete man auf strenge Ruhigstellung und Hochlagerung der Extremität.

Bei akuter Osteomyelitis verabreichte man höchste Dosen von Penicillin (1o x 1ooo ooo E/tgl und 2 g Leukomycin/tgl). Diese Menge gab man 4 Tage lang, wobei strenge Bettruhe eingehalten wurde.

Behandlungsergebnis :

Bei chronischer Osteomyelitis kam es bei 1 Patienten zum Einbruch des Prozesses ins Kniegelenk, die eine dauernde Bewegungseinschränkung verursachte. Bei 1 weiteren Patienten brach die Fistel trotz gewissenhafter Ausräumung und intensiver Spülung mit Antibiotika wieder auf.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Osteomyelitis betrug

ambulant	41,1 Tage
stationär	7,1 Tage
insgesamt	48,2 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Sie betrug bei akuter Osteomyelitis höchstens 3 Wochen, bei chronischer Osteomyelitis schwankte sie von einigen Tagen bis zu einem Jahr.

b. Periostitis :

Ein 32- und 5o-jähriger Patient wurden vom Hausarzt in die Poliklinik überwiesen. Die Behandlung erfolgte a m b u l a n t .
Von ihnen wurde bei ersteren, welcher eine Periostitis der Tibia hatte, die Extremität ruhiggestellt. Außerdem wurde eine Hyperämisierung und eine Novocaininfiltration vorgenommen. Falls keine Besserung eintreten sollte, wurde der Patient aufgefordert, sich in 4 Monaten wieder vorzustellen.
Bei letzterem Patienten, welcher eine Periostitis des rechten Malleolus hatte, wurden Ruhigstellung auf einer Schiene und feuchte Verbände angeordnet. Die weitere Behandlung erfolgte durch den Hausarzt.

c. Gonitis :

Von den insgesamt 11 Patienten die zur Behandlung kamen, hatten
8 Patienten einen Erguß unklarer Genese, ohne bakteriellen Befund,
1 Patient unklare Knieschmerzen und
je 1 weiterer Patient unklare Schmerzzustände rheumatischer Genese bzw einen Erguß, der durch haemolytische Streptokokken hervorgerufen wurde.

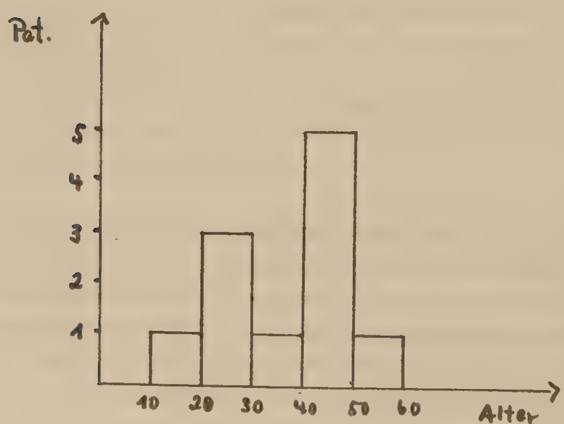
Geschlechtsverteilung :

Sämtliche Patienten waren Vertreter des männlichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 6 Patienten (= 54.54%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen, während bei 2 Patienten (= 18,18%) die Behandlung durch den Hausarzt abgeschlossen wurde.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte grundsätzlich k o n s e r v a t i v in der Ambulanz . Die Extremität wurde in 3 Fällen mit einer Schiene oder Gipshülse für einige Tage ruhiggestellt. Bei den übrigen Patienten legte man einen Kniekappenverband an.

Als weitere Maßnahmen wurde bei den Patienten mit unklaren Knieschmerzen und unklaren Ergüssen in 6 Fällen eine Punktion durchgeführt, durch die bei nur 1 Patienten ein bakterieller Befund nachgewiesen werden konnte. In je 1 Fall wurde Butazolidin und Tanderil verordnet und in 1 weiteren Fall wurde eine Kurzwellen-behandlung angewandt.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war zufriedenstellend. Es kam zu keinerlei Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 7,1 Tage.

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug nie mehr als 3 bis 8 Tage. Nur ein Patient, bei dem wiederholt ein Erguß nachlief, war 4 Wochen arbeitsunfähig.

d. Erysipel und Erysipeloid :

Es kamen 5 Patienten mit einem Erysipel und 2 Patienten mit einem Erysipeloid zur Behandlung in die Poliklinik.

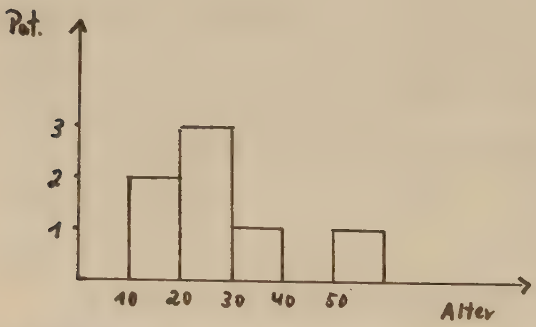
Geschlechtsverteilung :

Unter den Patienten waren 4 Patienten männlichen und 3 Patienten weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden 5 Patienten vom Hausarzt in die Klinik überwiesen. Die Behandlung wurde in 1 Fall durch den Hausarzt abgeschlossen. Es handelte sich um eine Erysipeloid.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte in 4 Fällen s t a t i o n ä r und in 3 Fällen a m b u l a n t .

Zur Therapie verabreichte man hohe Dosen von Antibiotika bei Ruhigstellung der Extremität. Außerdem verordnete man feuchte Verbände.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug beim Erysipel

ambulant	3,o	Tage
stationär	5,5	Tage
insgesamt	8,5	Tage

beim Erysipeloid

ambulant	2,5	Tage
stationär	2,o	Tage
insgesamt	4,5	Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug 1-2 Wochen je nach Schwere der Infektion.

GRUPPE IV   NICHT UNFALLBEDINGTE ERKRANKUNGEN

Die Gruppe IV umfaßt 133 Patienten, die mit nicht unfallbedingten Erkrankungen der unteren Extremität zur Behandlung in die Chirurgische Poliklinik kamen.

Geschlechtsverteilung :

Von diesen Patienten waren 66 Patienten (= 49,62%) Vertreter des männlichen und 67 Patienten (= 5o,38%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Es wurden insgesamt 5o Patienten (= 37,59%) vom Hausarzt in die Klinik überwiesen und 9 Patienten (= 6,76%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei den NICHT UNFALLBEDINGTEN ERKRANKUNGEN.

Art der Prozesse	♂	♀	H→	→ H
Arterielle Gefäßerkrankungen	17	3	4	-
Varicosis	1o	21	11	3
Thrombosen	8	14	1o	1
Tumoren	18	16	14	2
Sonderfälle	13	13	11	3
insgesamt	66	67	5o	9

Lokalisation der Prozesse :

Eine Übersicht über die Art und Lokalisation der nicht unfallbedingten Erkrankungen zeigt folgende Tabelle.

	Anzahl und Lokalisation						
Art der Prozesse	H-OS	Kn	US	SP	F	Z	m
Arterielle Erkrankungen	1	-	5	-	1	4	9
Varicosis	1	2	16	-	-	-	12
Thrombosen	1o	-	5	-	1	-	7
Tumoren	14	4	5	-	11	-	-
Sonderfälle	4	3	2	1	9	4	3
insgesamt	3o	9	33	1	21	8	31

Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte bei 55 Patienten (= 41,35%) o p e r a t i v
und bei 78 Patienten (= 58,65%) k o n s e r v a t i v.

Es wurden 85 Patient4n (≠ 63,91%) a m b u l a n t und
48 Patienten (= 26,09%) s t a t i o n ä r behandelt.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei nicht unfallbedingten Erkrankungen der unteren Extremität betrug

ambulant	7,9	Tage
stationär	11,3	Tage
insgesamt	19,2	Tage

1. arterielle Gefäßerkrankungen :

Es kamen insgesamt 2o Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen zur Behandlung. Von diesen hatten

- 1o Patienten (= 5o%) arteriosklerotische Gefäßveränderungen,
- 5 Patienten (= 25%) einen embolischen Verschluß,
- 3 Patienten (= 15%) eine Endangitis obliteraus und
- 2 Patienten (= 1o%) eine diabetische Gangrän.

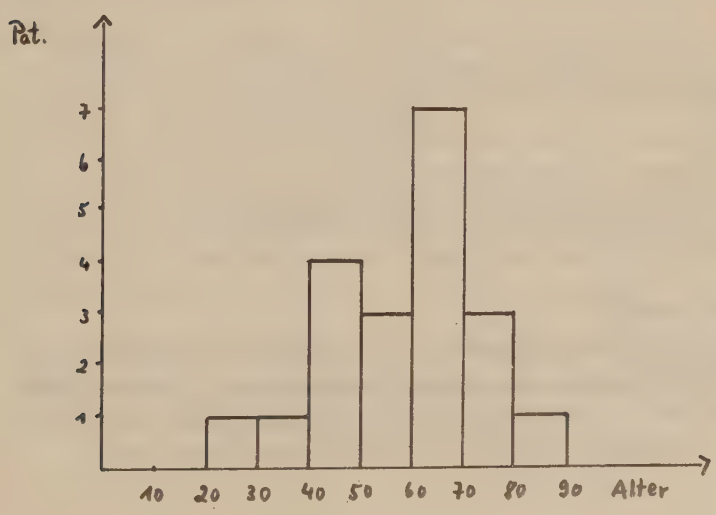
Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 17 Vertreter (= 85%) des männlichen und 3 Vertreter (= 15%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 4 Patienten (= 2o%) in die Klinik überwiesen. Dort wurde in jedem Falle die Behandlung abgeschlossen.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung wurde

bei 17 Patienten s t a t i o n ä r und

bei 3 Patienten a m b u l a n t durchgeführt.

Bei den 10 Patienten mit a r t e r i e l l e r D u r c h b l u t u n g s s t ö r u n g wurden 8 Patienten k o n s e r v a t i v und 2 Patienten o p e r a t i v behandelt.

Die k o n s e r v a t i v e Therapie erfolgte durch Applikation von Lipostabil. Der operative Eingriff in Form einer Amputation war bei hohem Grad von Durchblutungsstörungen notwendig.

Die Behandlung der Patienten mit einer E n d a n g i t i s o b l i t e r a u s erfolgte durchweg k o n s e r v a t i v mit Lipostabil und Complamin. Die Patienten wurden aufgefordert, sich alle 4 Wochen wieder vorzustellen. Von den Patienten mit e m b o l i s c h e m G e f ä ß v e r s c h l u ß wurden

2 Patienten k o n s e r v a t i v und

3 Patienten o p e r a t i v behandelt.

Als o p e r a t i v e n Eingriff waren Amputationen notwendig. Bei 1 Patienten hatte man vorher eine Embolektomie unternommen, doch thrombosierten die Gefäße während der Operation vollständig. Bei den 2 Patienten mit b i a b e t i s c h e m G a n g r ä n war in einem Fall eine Amputation notwendig geworden. In einem anderen Fall führte man eine konservative Behandlung mit Ronicol und Sp 54 durch.

Behandlungserfolg :

Es starben 2 Patienten im Laufe der Behandlung. Ein 24-jähriger Patient an den Folgen eines zusätzlichen Seminoms und ein 68-jähriger Patient an den Folgen einer Embolie. Im übrigen war das Ergebnis der Behandlung der Krankheit entsprechend zufriedenstellend.

Behandlungsdauer :

Die Gefäßerkrankungen machten eine ständige Therapie erforderlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten betrug

ambulant 1,3 Tage
stationär 2o,8 Tage

insgesamt 22,1 Tage

Art der Behandlung :

Die Behandlung der Varicosis erfolgte in

17 Fällen (= 54,84%) o p e r a t i v und in
14 Fällen (= 45,16%) k o n s e r v a t i v .

Die o p e r a t i v e Therapie bei Varicosis wurde nach BABCOCK durchgeführt. Im Anschluß an den operativen Eingriff wurde die Extremität hochgelagert und ein Zinkleim- oder elastischer Verband angelegt. Die Patienten mußten 1 bis 2 Tage nach der Operation mit aufgewickelten Beinen aufstehen. Die Fäden entfernte man in lo bis 12 Tagen. Bei Entlassung aus der Klinik wurden Gummistrümpfe verordnet.

Bei einem Patienten mußte wegen eines Ulcus cruris zusätzlich eine plastische Deckung vorgenommen werden.

Unter den 14 Patienten die k o n s e r v a t i v behandelt wurden waren 6, die sich nicht zur Operation entschließen konnten und 4 Patienten, bei denen wegen offener Ulcera crura und varicöser bzw cardialer Ödeme die Operation verschoben werden mußte.

Wegen akuter varicöser Blutung war in 3 Fällen ein Kompressionsverband notwendig. Die Behandlung erfolgte in 18 Fällen s t a - t i o n ä r und in 13 Fällen a m b u l a n t .

2. Venöse Gefäßerkrankungen :

Es kamen 53 Patienten mit venösen Gefäßerkrankungen der unteren Extremitäten zur Behandlung in die Chirurgische Poliklinik.

a) Varicosis :

Unter diesen Patienten hatten 31 eine Varicosis der unteren Extremität.

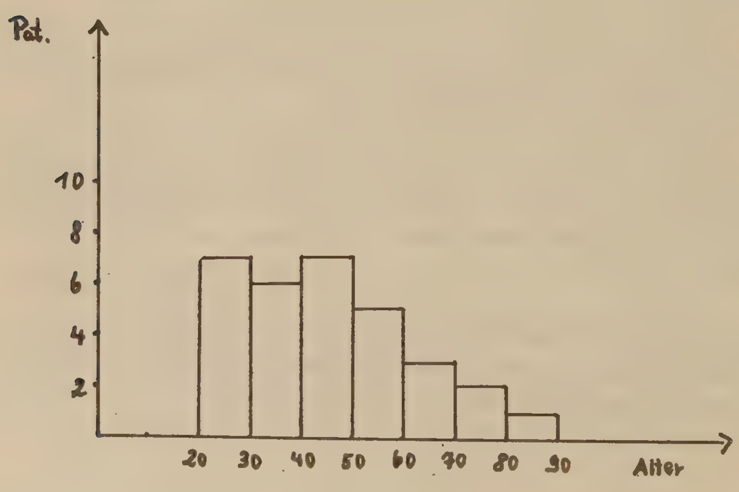
Geschlechtsverteilung :

Es waren lo Patienten (= 32,26%) Vertreter des männlichen und 21 Patienten (= 67,74%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 11 Patienten (= 35,48%) in die Klinik überwiesen, während 3 Patienten (= 9,35%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurden.

Altersverteilung :



Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der operativen Behandlung nach BABCOCK war stets gut.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung betrug bei Varicosis

ambulant	9,1 Tage
stationär	7,7 Tage
insgesamt	16,8 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit nach der BABCOCK'schen Operation betrug ca. 1 Monat.

b) Thrombosen :

Von den 22 Patienten hatten

21 Patienten eine Thrombose und

1 Patient statische Beschwerden nach 3 Monate alter Thrombose.

In 3 Fällen (= 15,79%) war die Thrombose auf ein vorangegangenes Trauma zurückzuführen.

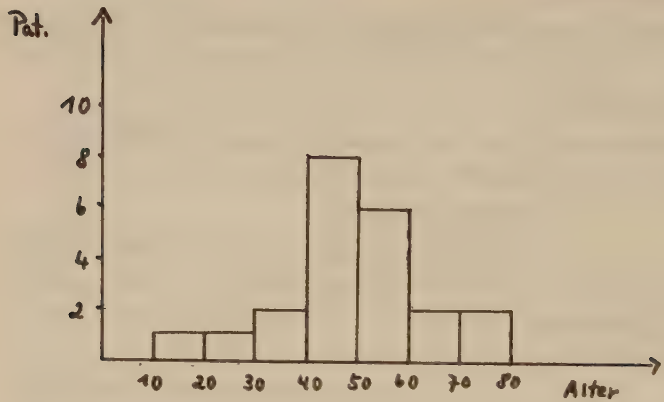
Geschlechtsverteilung :

Es waren 8 Patienten (= 36 1/3%) Vertreter des männlichen und 14 Patienten (= 63 2/3%) Vertreter des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 10 Patienten (= 45,45%) in die Klinik überwiesen. Nur 1 Patienten (= 4,54%) übergab man der weiteren hausärztlichen Behandlung.

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte in jedem Falle k o n s e r v a t i v. Akute Thrombosen wurden 3 Wochen mit Zinkleimverbänden bei Hochlagerung der Extremität behandelt. Außerdem verabreichte man Butazolidin, Venostasin und Sp 54. Nach der Entlassung aus der Klinik verordnete man den Patienten Gummistrümpfe für 6 Wochen und 1 Tablette Sp 54/tgl.

Bei lo Patienten (= 45,45%) mit oberflächlicher oder fraglicher oder älterer Thrombose nahm man den Zinkleimverband bereits in lo bis 14 Tagen ab.

Die Behandlung wurde in 9 Fällen s t a t i o n ä r und in 13 Fällen a m b u l a n t durchgeführt.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Behandlung war in jedem Fall gut. Es kam zu keinen Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei Thrombosen

ambulant	15,4 Tage
stationär	3,3 Tage
insgesamt	18,7 Tage

Arbeitsunfähigkeit :

Die Arbeitsunfähigkeit betrug 3 bis 4 Wochen.

3. Tumoren :

Es kamen 34 Patienten mit Tumoren zur Behandlung in die Klinik.
Von ihnen hatten

	1o Patienten	(= 29,41%)	ein Haemangiom,
je	6 Patienten	(= 17,65%)	ein Sarkom bzw Fibrom,
	4 Patienten	(= 11,76%)	ein Ganglion,
	3 Patienten	(= 8,82%)	ein Lipom,
	2 Patienten	(= 5,88%)	ein Hygrom und
je	1 Patient	(= 2,94%)	ein Plattenepithel-Ca, Röntgenulcus, sowie ein Naevus pigmentosus und eine Verruca, die wegen Malignomverdacht eingewiesen wurden.

Geschlechtsverteilung :

Von den Patienten waren 18 Vertreter (= 52,94%) des männlichen und 16 Vertreter (= 47,o6%) des weiblichen Geschlechts.

Hausärztliche Überweisungen :

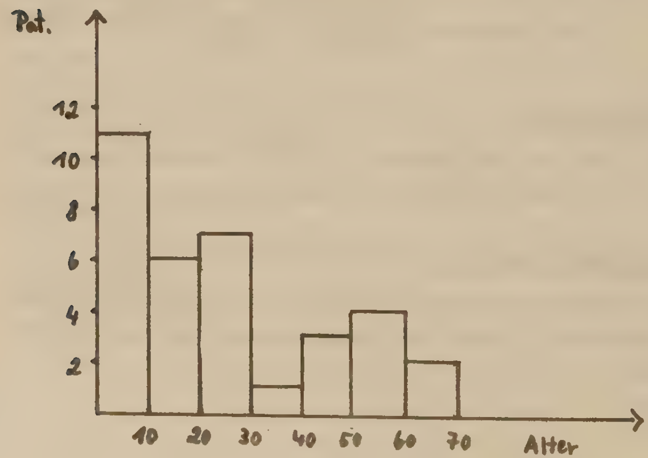
Vom Hausarzt wurden 14 Patienten (= 41,18%) in die Klinik überwiesen, während 2 Patienten (= 5,88%) zur Fadenentfernung dem Hausarzt übergeben wurden.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Verteilung nach Geschlechts und hausärztlichen Überweisungen.

	♂	♀	H→	→H
Sarkom	1	4	-	-
Melanomalignom	1	-	-	-
Plattenepithel-Ca	1	-	-	-
Röntgenulcus	-	1	-	-
Haemangiom	5	5	4	-
Fibrom	4	1	4	-
Lipom	1	2	3	2
Hygrom	1	1	1	-
Ganglion	3	1	2	-
Verruca	1	-	-	-
Naevus pigmentosus	-	1	-	-
insgesamt	18	16	14	2

<u>Altersverteilung :</u>

Bei den Tumoren, welche die Altersgruppe vom o bis lo Jahren betrafen, handelte es sich ausschließlich um Haemangiome.



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte je nach Art des Tumors verschieden. Es wurden 21 Patienten s t a t i o n ä r und 13 Patienten a m b u l a n t behandelt.

Sarkome :

Bei 3 Patienten(14 und 16-jährig) wurden nach einer Röntgenvor- und Nachbestrahlung eine hohe Oberschenkelamputation vorgenommen.

Ein 18-jähriger Patient hatte ein Sarkom am Großzehengrundgelenk. Es wurde in weiter Excision entfernt. Die Secondlook-Operation war in 6 Monaten vorgesehen. Bei einem weiteren Patienten war wegen Metastasen nur noch eine palliative Therapie möglich.

Zu einer Wiedervorstellung nach Operation wegen eines Sarkoms vor zwei Jahren kam ein 16-jähriger Patient. Es war zu keinem Recidiv gekommen. Bei einem 57-jährigen Patienten mit Plattenepithelcarcinommetastasen des Unterschenkels, entschloß man sich zur Amputation wegen einer zusätzlichen Fraktur, die nach einer Verschraubung eine breite Wundranddehiszenz mit Nekrosen und massiver Eiterung zeigte. Die weitere palliative Behandlung erfolgte durch Plenosol und Millicorten, wie Tomanol.

Eine k o n s e r v a t i v e Therapie war bei einem 40-jährigen Patienten mit einem Röntgenulcus erfolglos. Man excidierte deshalb das Ulcus und deckte die Stelle mit einem vorgeschnittenenm Fettlappen ab. Anschließend wurde auf einer Gipsschiene ruhiggestellt.

Die Behandlung bei Haemangiomen, Lipomen Hygromen, wie Verrucae und Naevi pigmentosi, war in jedem Fall die gleiche. Sie wurden in toto extirpiert.

Behandlungsergebnis :

Das Ergebnis der Therapie war bei gutartigen Tumoren gut. Für die Beurteilung der Ergebnisse bei Malignomen ist eine längere Beobachtung notwendig.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bei Tumoren betrug

ambulant	9,6	Tage
stationär	16,5	Tage
insgesamt	26,1	Tage

4. Sonderfälle :

Von dem insgesamt 26 Patienten kamen

je 6 Patienten mit Insektenstichen bzw
mit Senkspreizfüßen,
5 Patienten mit Arthrosis deforman,
je 3 Patienten mit Clavi bzw
mit Elephantiasis,
2 Patienten mit Dupuytren'scher Kontraktur und
1 Patient mit posttraumatischer Hüftgelenkanekrose.

Geschlechtsverteilung :

Es waren je 13 Patienten (= 5o%) Vertreter des männlichen und weiblichen Geschlechts.

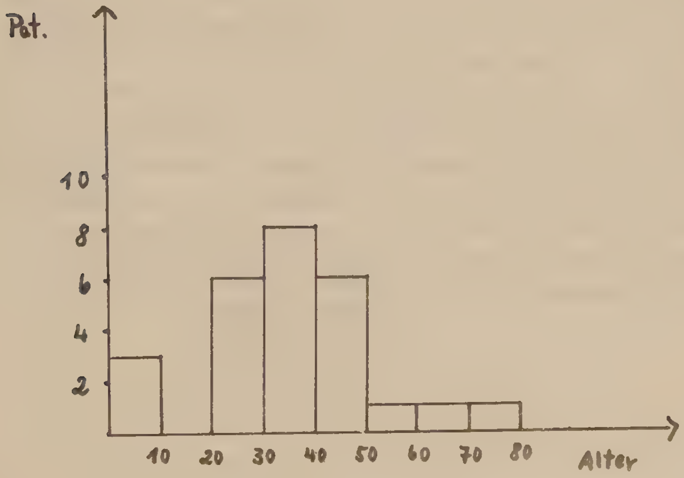
Hausärztliche Überweisungen :

Vom Hausarzt wurden 11 Patienten (= 42,31%) in die Klinik überwiesen, währeñd 3 Patienten (= 11,54%) der weiteren hausärztlichen Behandlung übergeben wurde.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Geschlechtsverteilung und hausärztlichen Überweisungen bei den einzelnen Erkrankungen.

	♂	♀	H→	→H
Senkspreizfüße	1	5	2	-
Arthrosis deformans	3	2	2	1
Elephantiasis	1	2	2	-
Dupuytren'sche Kontraktur	2	-	2	-
Hüftkopfnekrose	1	-	-	-
Clavi	-	3	1	-
Insektenstiche	5	1	2	2
insgesamt	13	13	11	3

Altersverteilung :



Art der Behandlung :

Die Behandlung erfolgte je nach Art der Erkrankung verschieden. Sie wurde in 6 Fällen (Dupuytren'sche Kontraktur, Elephantiasis und Hüftgelenkskopfnekrose) s t a t i o n ä r durchgeführt.

Zur Behandlung bei S e n k s p r e i z f ü ß e n wurden Einlagen verordnet.

Bei den Patienten die mit einer A r t h r o s i s d e f o r m a n s in die Klinik kamen, instillierte man Cortison. Außerdem applizierte man zusätzlich Wärme. In einem Fall wurde der Patient in die Orthopädie zur Operation überwiesen.

Wegen eines Reizergusses mußte in einem weiteren Fall eine Punktion durchgeführt werden. Das Kniegelenk wurde anschließend für 10 Tage mit Hilfe einer Gipshülse ruhiggestellt. Nach der Gipsabnahme wurde ein elastischer Verband vom Fuß bis über das Knie angeordnet.

Wegen einer E l e p h a n t i a s i s wurden 3 Patienten s t a t i o n ä r aufgenommen. Bei 2 von diesen behandelte man k o n s e r v a t i v und bei einem o p e r a t i v .

Die k o n s e r v a t i v e Behandlung bestand in zweimaligem täglichen Auswickelns mit Gummibinden in Narkose, mit anschließendem Anlegen eines Zinkleimverbandes und Hochlagerung auf einer Schiene. Als Medikamente wurden Diuretika bei salzloser Kost verordnet. Nach der Entlassung wurde Beingymnastik angeordnet. Die Wiedervorstellung erfolgte in 3 Monaten.

Zur o p e r a t i v e n Therapie wurde unter Antibiotikaschutz Hautfascienlappen in breiten Streifen extirpiert. Zusätzlich gab man Venostasin und Anastil. Die Wunde heilte per primam. Bei der Entlassung verordnete man Gummistrümpfe. Die Behandlung bei D u p u y t r e n'scher K o n t r a k t u r erfolgte nach stationärer Aufnahme operativ. Sie bestand in der Teilentfernung der Plantarapponeurose. Der Heilungsprozeß der Operationswunde verlief ohne Komplikationen.

Einem Patienten mit p o s t t r a u m a t i s c h e H ü f t g e l e n k s n e k r o s e wurde nach stationärer Aufnahme und Extensionsbehandlung, wie täglicher krankengymnastischer Übungsbehandlung eine Arthrodese durchgeführt. Die Operation verlief ohne Komplikationen.

Die 3 Patienten mit C l a v i wurden konservativ behandelt. Man verordnete Hühneraugenpflaster Kamillosan und in einem Fall Nebacetinspray wegen zusätzlicher Infektion.

Den 6 Patienten, welche mit I n s e k t e n s t i c h e n in die Klinik kamen, wurden feuchte Umschläge und Calcistin verordnet. Gegen Juckreiz gab man Soventol.

Behandlungsergebnis :

Während der Behandlung der einzelnen Erkrankungen kam es zu keinerlei Komplikationen.

Behandlungsdauer :

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug

ambulant	4,o Tage
stationär	8,3 Tage
insgesamt	12,3 Tage

ZUSAMMENFASSUNG :

Es wurden die Krankengeschichten von 167o Patienten statistisch ausgewertet, die im Jahre 1963 mit Erkrankungen und Verletzungen der unteren Extremität zur Behandlung in die Poliklinik der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen kamen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Art und Lokalisation der verschiedenen Verletzungen dieser 167o Patienten.

	Anzahl und Lokalisation der Verletzungen							
Art der Verletzung	H-OS	Kn	US	Sp	F	Z	m	Summe
Geschlossene Verletzungen	132	2o9	154	349	1o9	83	27	1o63
frische offene Verletzungen	4o	71	7o	23	1o3	25	23	355
Entzündliche Prozesse	25	23	18	4	13	36	-	119
Nicht unfallbedingte Erkrankungen	3o	9	33	1	21	8	31	133
insgesamt	227	312	275	377	246	152	81	167o

ZEICHENERKLÄRUNG :

H-OS	Hüftgelenk und Oberschenkel
Kn	Knie
US	Unterschenkel
Sp	Sprunggelenk
F	Fuß
Z	Zehen
m	multiple Verletzungen der unteren Extremität
Sport	Sportunfälle
Arbeit	Arbeitsunfälle
häusliche	häusliche Unfälle
Wege	Wegeunfälle
Verkehr	Verkehrsunfälle
H —	vom Hausarzt in die Klinik überwiesen
— H	dem Hausarzt zur weiteren Behandlung übergeben

PATIENTENVERZEICHNIS

GRUPPE I   A. DISTORSIONEN

1. KNIEGELENK

Badner	Anna	35 397
Barbieri	Luigi	24 9o7
Bauer	Jürgen	28 72o
Beitel	Gunda	29 74o
Böckner	Margarete	37 917
Bolm	Josef	39 642
Burget	Margarete	27 585
Crop	Hans-Ulrich	29 o99
Tennerlein	Andreas	3o 868
Ehrhardt	Almut	81 683
Eichhorn	Rudolf	31 723
Eisenwinter	Maria	35 613
Fischer	Konrad	31 335
Fischer	Margarete	34 296
Fischer	Willi	28 o56
Friedrich	Christine	38 398
Fuhrmann	Heim	2o 328
Fuchs	Benno	28 32o
Gimberlein	Konrad	2 5ol
Gredler	Toris	33 o71
Gumbermann	Andreas	36 491
Hank	Luise	29 633
Hertlein	Reinhold	29 o45
Hofmann	Margarete	37 666
Hollfelder	Hans	37 oo8
Jäckel	Walter	33 539

Kohn-	Rüdiger	31 878
Kunarsch	Norbert	28 249
Kress	Martin	37 584
Kupfer	Konrad	3o 977
Kuschks	Volkmar	24 292
Liegel	Eva	33 422
Loran	Ruth	31 o27
Lück	Udo	31 o81
Maier	Heinrich	3o 713
Meier	Andreas	31 586
Moser	Reinhard	39 16o
Müller	Georg	39 129
Paptistella	Anne	2o 712
Peitzker	Gunhild	28 357
Pursche	Brigitte	3o 586
Reichel	Christoph	43 2o2
Reiß	Isolde	31 53o
Schaub	Hans	28 9o4
Scheller	Anno	34 o39
Sechmann	Michael	29 o99
Schröder	Renate	28 294
Tirotta	Salvatore	11 997
Trattlein	Therese	37 39o
Waliza	Renate	35 23o
Zauner	Gerhard	3o 68o
Zauner	Renate	35 23o

2. SPRUNGGELENK

Ackermann	Erna	29 632
Adler	Herbert	32 37o
Altvater	Mareile	29 357
Amann	Otto	14 317
Amberg	Frieda	33 199
Amon	Michael	29 9oo

Andreas	Alfred	4o 499
Auerbach	Frieda	35 144
Aufsesser	Helene	34 o74
Dr. Anhagen	Ernst	33 117
Bach	Friedrich	17 559
[redacted]	Günther	36 o95
Baumann	Walter	37 543
Bernhard	Anton	33 o39
Biehmann	Maria	35 o3o
Böhme	Alfred	29 136
Bömer	Klaus	29 7o5
Brauken	Walter	39 443
Brendl	Elfriede	37 249
Brückner	Horst	36 827
Brückner	Werner	37 oo5
Brunnengräber	Friedrich	15 121
Bukowski	Werner	29 674
Burke	Ingeborg	36 719
Cont	Bernhard	39 434
Conze	Wolfgang	32 42o
Cotroneo	Martino	34 o68
Dummert	Heinrich	5o 562
Egelseer	Elise	36 812
El-jasz	Helga	34 196
Emulat	Johanna	38 o53
Filipp	Roland	7 7o9
Fischer	Beate	38 635
Fischer	Hannelore	11 648
Dr. Fischer	Josef	3o 323
Fischer	[redacted]	26 45o
[redacted]	Mathias	31 782
Francke	Hildegard	17 863
[redacted]	Horst	3o o74
Gastiger	Maria	37 oo6
Gegner	Paul	32 884

Geier	Gertrud	29 7o2
Gerstner	Therese	3o 119
Glassl	Helmut	33 988
Görig	Alois	25 96o
Groschel	Herta	29 369
Gross	Manfred	6 6o2
Gumbrecht	Martha	28 154
Gutzner	Werner	32 347
Hack	Wilhelm	13 795
Hannemann	Ingrid	29 589
Haupenthal	Alfons	35 722
Krämer	Else	33 87o
Kraus	Michale	35 758
Krause	Herrmann	38 173
Krautwurst	Edith	13 463
Kupfer	Wilhelm	36 19o
Lang	Herbert	35 967
Lang	Lothar	34 616
Lange	Frieda	37 637
Langer	Ursula	38 7o2
Langmann	Margarete	29 262
Lattberger	Hans	26 814
Lautenschläger	Dieter	33 554
Laux	Manfred	37 999
Lechmann	Hedwig	39 435
Lehrer	Mammert	19 371
Leibinger	Gerda	34 23o
Leming	Klaus	25 562
Lenskos	Dieter	33 319
Liebel	Helga	34 424
Liebrein	Elsbeth	4o 274
Lienert	Horst	34 526
Lorenz	H. Jürgen	13 379
Lüderlitz	Maria	35 739
Mann	Hans	28 262
Marks	Evelore	34 149

Marx	Annegot	35 747
Martin	Hans	37 872
Mehring	Franz	36 122
Meichsner	Helga	16 573
Meier	Christine	31 964
Meinhardt	Emil	32 813
Melzer	Anna	34 677
Memmler	Hans Joachim	3o 913
Merkel	Erika	12 815
Mesch	Heinz	38 629
Metz	Dieter	34 438
Meyer	Robert	35 599
Muinemeyer	Ursula	34 4o7
Müller	Dieter	36 637
Naak	Emilie	32 89o
Nagel	Anna	31 75o
Neudert	Helmut	32 434
Neuhöfer	Johann	31 o79
Nicklas	Erich	37 8o7
Niepel	Günter	36 575
Nobis	Hildegard	28 199
Nottebohm	Uwe	36 77o
Nützel	Babette	29 477
Orth	Fritz	29 538
Osser	Elfriede	3o 78o
Pech	Karl	37 567
Pechtl	Anna	3o 83o
Piener	Wolf	3o 96o
Polster	Georg	38 6o6
Popp	Gerlinde	2o 759
Praschl	Herma	1o 9o4
Prolss	Walter	3o 41o
Rabl	Simon	37 8o1
Rech	Axel	29 648
Reich	Johann	37 373

Reinhardt	Regina	3o 791
Richter	Alfred	36 o24
Richter	Eleonore	34 856
Riedl	Albine	28 513
Rieger	Wilhelm	21 277
Romascan	Karline	28 627
Rosner	Günter	33 498
von Roten	Karl Heinz	32 484
Roth	Regina	33 893
Roth	Walter	33 991
Rudolf	Fritz	4o o28
Sandner	Else	39 282
Schäffer	Georg	31 668
Schaub	Walter	39 496
Scheller	Reinhold	39 683
Schickert	Margarete	36 2o1
Schildhabel	Margarete	29 828
Schleid	Anna	27 225
Schleid	Peter	32 41o
Schlögel	Robert	39 174
Schloth	Helmut	33 558
Schmitt	Alma	29 8o7
Schnell	Georg	34 159
Schneider	Ingrid	34 o57
Schönauer	Elisabeth	31 348
Schüller	Gudrun	29 854
Schütze	Hermann	33 683
Schuster	Fritz	28 98o
Schwandner	Hannelore	33 416
Seeberger	Herbert	38 o21
Seiler	Maria	2 951
Shamon	Abdul	39 899
Skupin	Anton	29 494
Sohr	Theresia	3o 173
Steckner	Alexander	29 649

Stiller	Monika	3o 445
Stolpe	Ralf	35 392
Szimanski	Lotte	34 432
Szolvits	Janos	38 151
Thierauf	Helmut	29 7o4
Thomas	Dieter	31 762
Vogt	Helene	4o o25
Volkmar	Gertrud	466
Weber	Stefan	32 575
Weditsch	Wolkmar	3o 629
Wiesmeier	Ingrid	3o o87
Wind	Herta	3o 574
Wiezonek	Elisabeth	2o 5o6
Winkel	Joachim	3 737
Winkler	Brigitte	32 35o
Witte	Ursula	33 195
Wittmann	Frieda	35 672
Wolf	Leonhard	56 525
Wollweiter	Helmut	36 4o8
Zeilmann	Josef	32 412
Zeller	Paul	36 6o9
Zink	Marie	28 537

3. VORFUSS

Gromms	Helga	35 49o
Haas	Hans	31 591
Huhn	Konrad	35 4o6
Kunzmann	Werner	39 762
Otto	Gabriele	34 915
Schiller	Helmut	28 58o

4. MITTELFUSS

Fuchs	Hildegard	18 927
Geschke	Maria	31 383
Golga	Klaus	3o 834
Jahn	Christine	36 438
Lange	Hannelore	34 233
Michalsen	Lisel	24 447
Prang	Irene	22 947

5. FUSSWURZEL

Golkel	Elise	39 268
Häupler	Margarete	3o 378
Kreutzer	Albert	31 341
Lemberger	Anna	36 669
Nees	Margot	15 784
Tillessen	Rutger	35 13o

6. ZEHEN

Birkner	Helmut	32 829
Taum	Karl	2o 639
Duske	Monika	25 oo1
Krause	Manfred	19 775
Lorengen	Horst	34 185
Mainlein	Manfred	38 774
Müller	Brigitte	34 49o
Niedermeier	Josef	33 o98
Schneider	Helmut	29 327
Schütt	Gisela	18 8o7

B. KONTUSIONEN

1. BECKEN UND HÜFTGELENK

Becker	Friedrich	37 561
Blank	Karoline	33 899
Grenier	Julia	29 282
Haskis	Mokavin	3 311
Hildel	Johanna	3o 139
Hofmann	Werner Adolf	26 364
Hoffmann	Wolfgang	29 62o
Kusma	Alois	52 86o
Lengacher	Horst	22 925
Mohl	Valentin	16 579
Meister	Karl	39 714
Paul	Alfred	6 958
Paulus	Renate	35 556
Pawletta	Frieda	3o 11o
Plack	Friedrich	1o 328
Ruppert	Josef	35 834
Schreiber	Lina	38 572
Taccola	Carlo	32 187
Tipusiak	Maria	39 738
Voß	Peter	18 571
Volkhardt	Mathilde	29 756
Wichert	Johann	36 2o5
Wiessmen	Konrad	28 299

2. OBERSCHENKEL

Bieber	Adolf	31 o43
Blatt	Gerhard	33 376
Büttner	Reinhold	33 984
Gemhardt	Klaus	25 382
Grenz	Heim	24 258
Hünniger	Otto	22 874
Jahn	Frank	35 643
Kem	Wilfried	6 444
Klingelheber	Franz	27 745
Kraus	Michael	38 17o
Koch	Hans	3o 966
Löhner	Rudolf	33 51o
Mai	Günter	29 699
Malter	Ingrid	29 751
Mischke	Walter	33 926
Neumann	Willi	34 31o
Peets	Ingrid	36 479
Pilar v. Petchan	Nikolaus	36 557
Rensch	Elisabeth	3o 734
Schmitt	Konrad	32 447
Schöbel	Fritz	38 274
Singer	Johann	34 868
Stelzig	Fora	33 224
Tugen	Ahmet	3o 352
Ullrich	Hans	29 824
Weigand	Christoph	3o 742
Weisig	Horst	33 64o
Weitschek	Henriette	34 421
Schweiger	Anna	34 oo8
Thoma	Klaus	35 791

Wagner	Renate	1o 295
Walter	Karl	31 54o
Wiedekce	Birgit	22 392
Wimmer	Franz	36 581
Wittig	Eberhard	29 o35
Zubrod	Hildegard	4o 9o9

3. UNTERSCHENKEL

Brater	Richard	37 358
Distler	Fritz	4o 5o7
Eger	Johann	3o 997
Franck	Arthur	6 o12
Franz	Georg	33 o84
Gumbert	Georg	8 737
Herz	Johann	37 o58
Hohn	Franz	29 681
Klaus	Elfriede	3 476
Kleebaum	Rudolf	35 222
Tr. Kraus	Brunhilde	29 oo4
Krüger	Gertrud	3o o27
Leisel	Eduard	32 448
Löw	Willi	1 4o2
Nagel	Erwin	38 117
Neudel	Peter	33 197
Neutzner	Reinhard	38 292
Nüssel	Günther	5 949
Pepe	Salvatore	29 661
Repin	Peter	33 676
Schenk	Josef	34 51o
Schreckinger	Helmut	39 918
Scheinpflug	Peter	38 193
Schumacher	Nora	4o 292

4. KNIEGELENK

Abel	Gertrud	3o 679
Alfentonhidis	Nikolaos	11 442
Albrecht	Reinhold	37 911
Amet	Alois	36 o74
Amhold	Grete	49o
Amsel	Gerhard	3o 992
Behntisch	Emma	33 149
Beisser	Anna	35 5ol
Büttner	Franz	14 819
Brusch	Willi	32 1ol
Christoph	Liane	38 152
Degert	Helmut	33 244
Delikat	Malies	38 727
Dirig	Helga	4o 212
Eitel	Betty	3o 439
Dr. Ellermann	Jochen	38 264
Prof. Dr. Engelking		34 259
Fichel	Heinrich	35 324
Fischbach	Gertrud	39 6o9
Fischer	Annemarie	37 616
Fischer	Horst	5 882
Fischer	Marie	31 618
Friedrich	Erich	27 433
Giebler	Anna	28 435
Gutekunst	Emma	37 o56
Haferkorn	Joachim	34 285
Hager	Friedrich	28 493
Hauenstein	Josefa	34 o92
Haufe	Hans-Peter	53 18o
Hausmann	Kunigunde	19 15o
Heid	Renate	32 499
Henke	Johanna	2 938
Heyer	Manfred	37 451

Hoger	Hans Joachim	53 5o5
Himmer	Giesela	31 545
Hittner	Manfred	31 o8o
Hunder	Gisela	33 o21
Jung	Erwin	8 342
Karrasch	Erna	32 716
Kipouridis	Annik	36 oo9
Kleinlein	Paul	34 95o
Koch	Karl	3o 444
Koeppel	Gisela	34 6o9
Köstel	Dorothea	35 347
Krauss	Gerlinde	31 611
Krüger	Marianne	3 578
Reim	Emi	34 8o6
Renner	Margarete	28 778
Lutz	Hedda	21 o89
Mai	Erika	4 282
Marsch	Jakob	27 746
Marsing	Oswald	9 123
Mayer	Anton	36 8o6
Meisel	Josef	36 883
Menius	Michale	28
Müller	Martha	33 614
Neim	Brigitte	5 172
Nenner	Meta	33 836
Ortenreiter	Magdalena	28 5o9
Petri	Edda	29 687
Petsch	Babette	11 274
Pezold	Hildegard	28 475
Polster	Johanna	38 251
Schellhorn	Albert	1o 819
Scheppler	Ernst-Albrecht	36 775
Schlegelmilch	Marianna	35 564
Schmid	Reinhard	18 834
Schmidt	Günther	32 866

Schmitt	Kuni	36 612
Schonauer	Heinz	37 5o8
Schultheiß	Alexander	31 956
Semsasnjad	Hushang	33 233
Siegland	Jürgen	31 986
Sommer	Anni	37 551
Späth	Wolfgang	31 692
Steinicke	Walter	34 153
Steltner	Hermann	29 823
Strattner	Erna	24 577
Wagner	Andreas	38 568
Walter	Kurt	37 58o
Wergen	Johannes	37 o75
Wolf	Maria	19 2o3
Wyss	Claus	4o 272
Zinn	Jutta	28 968
Zühlke	Willi	2 452

5. MALLEOLENGEGEND

Al-Ubaidi	Malik	33 131
Baumann	Elke	34 422
Böhm	Roswitha	3o 116
Brich	Erwin	36 799
Burger	Harald	28 279
Haber	Gunther	31 385
Hatscher	Stefan	37 598
Hess	Romin	14 o76
Kapp	Karl	37 373
Kress	Margarete	3 891
Langer	Klaus-Peter	29 679
Langguth	Hans	39 294
Lüdke	Joachim	3o 93o
Neumeier	Anna	16 765

Ries	Herbert	34 189
Schönfelder	Paulus	31 994
Sotirapolos	Wasilios	3o 91o
Testa	Iseo	31 951
Virnetlein	Richard	2o 323

6. FUSSWURZEL- MITTELFUSS- VORFUSSBEREICH

Ackermann	Thomas	35 775
Adami	Hedwig	33 168
Bachmann	Bernd	36 545
Barthelme	Josef	3o 75o
Barthelt	Gabriele	34 o77
Batsi	Maruska	31 598
Biegel	Hermann	34 516
Carpentier	Leon	29 7o6
Fees	Walter	23 75o
Fetter	Ralf	31 98o
Fuhrmann	Josef	1o 636
Dorn	Siegfried	31 934
Goelitz	Klaus	34 848
Greiff	Peter	34 119
Groschel	Peter	35 898
Grothe	Wolfgang	31 756
Hölker	Bärbel	2 282
Jakisch	Dietmar	34 975
Kirste	Heim	34 416
Klemm	Horst	18 465
Klier	Ursula	33 698
Körner	Gerhard	34 o34
Kyhos	Peter	291
Lager	Peter	21 12o
Lautenbach	Grete	31 984
Lehmann	Richard	29 197

Lodse	Johann	35 135
Marx	Gunther	39 834
Meyer	Heinrich	23 763
Mögel	Gertrud	3o 38o
Neuner	Ingbert	37 441
Niederhöfer	Konrad	35 85o
Peteropolos	Charaloakos	7 5o7
Powseka	Josef	33 821
Regenbrecht	Achim	33 951
Salbaum	Lorenz	28 858
Schalk	August	38 255
Schmidt	Josef	36 439
Schobert	Dieter	33 57o
Schöppl	Karl	34 111
Schülein	Leonhard	37 546
Schulz	Benno	37 185
Tiefel	Hans	39 9oo
Trabold	Michale	38 539
Uekermann	Bernd	34 149
Walder	Wilherl	38 1o4
Wichert	Hans	35 433
Wieland	Hans-Wolfgang	36 36o
Zittlan	Herbert	34 89o

7. <u>Zehen</u>

Altmeier	Elisabeth	3 98 979
Dietler	Ruth	38 o51
Dietz	Gerhard	3o 925
Fern	Adolf	23 936
Geldmacher	Jan	33 o91
Haas	Hans	31 591
Huhn	Konrad	35 4o6
Kraus	Oskar	36 o91
Kvas	Stefan	34 827

Lutz	Karl	25 oo6
Müller	Franz	38 755
Nein	Karl-Heinz	13 875
Neuwirth	Hildegard	35 417
Opel	Erich	33 341
Paulus	Margarete	35 967
Polster	Baptist	37 679
Reichel	Fritz	35 233
Schmidt	Ingrid	36 45o
Walther	Sybille	29 8o1
Weber	Josef	35 779
Zeitler	Hans	36 848

8. MULTIPLE KONTUSIONEN

Balk	Georg	33 6o9
Bartsch	Christine	6 759
Cecai	Johann	36 763
Dittrich	Willi	3o 348
Grünbeck	Günter	37 686
Hassmähher	Anna	33 451
Jükel	Günther	32 265
Kittler	Hans	23 319
Kiwitz	Ingeborg	3o 877
Krepela	Dieter	33 248
Malter	Georg	38 836
Mühleck	Bernd	3o 9o7
Peschkow	Eva	33
Rein	Ursula	31 638
Reizammt	Heinz	39 7o9
Schulz	Gerd	35 838
Seydel	Hans	9 o3o
Schmidt	Renate	38 o88
Stegbauer	Georg	9 611
Thielen	Helene	24 698
Welz	Wolfgang	36 236
Zepf	Erni	35 oo2

C. BÄNDERRISSE

Barth	Ella	34 8o1
Braun	Klaus	36 o89
Buhl	Fritz	35 813
Denzler	Katharina	3o 936
Derfuss	Georg	29 293
Fischer	Hannelore	3o 669
Frank	Andreas	27 982
Gehoes	Ludovicus	34 918
Gomy	Franz	37 453
Helm	Gertrud	28 2o2
Kapinus	Lothar	23 539
Dr. Koltzer	Inge	3o 999
Kraus	Herta	3o 692
Mehl	Barabara	3o 71o
Mindergan	Günter	23 343
Müller	Andreas	26 974
Müller	Georg	4o 258
Oertl	Erna	28 416
Pätzold	Steffen	13 8o5
Pietzka	Werner	21 976
Schaufler	Luise	28 238
Sendlmayr	Rosemarie	1o 686
Uhlmann	Adolf	28 352
Winterbauer	Georg	29 78o
Wirmer	Ulrich	28 2o7
Zensch	Hansi	39 4o5

D. MENISKUSVERLETZUNGEN

Baumann	Siegfried	32 582
Beer	Siegfried	34 939
Bruch	Helmut	38 353
Calli	Osmann	38 263
Ebertsch	Adolf	3o 9o8
Fonnelop	Kaare	33 912
Götz	Heinz	34 147
Graf	Hermann	32 246
Herich	Paul	6 325
Hortzsch	Joachim	1 177[illegible]
Klaiber	Horst	33 467
Kornhuber	Reintraud	31 571
Kessler	Ilse	13 552
Kipper	Heinrich	28 169
Klein	Peter	34 391
Krubasik	Eduard	29 133
Kunzmann	Anita	38 72o
Luisenmayer	Marie	15 343
Mergreiter	Regina	29 397
Meier	Heinrich	3o 189
Mühlhaüser	Irmgard	3o 979
Müller	Andreas	26 974
Petersen	Hartwig	4o o26
Schmitt	Johann	36 423
Schmeck	Dietrich	9 o66
Seeberger	Helene	32 274
Steinhauser	Eckehard	33 177
Tengler	Anton	31 9o9
Walter	Gert	31 157

E. FRAKTUREN

1. BECKEN UND HÜFTGELENK

Bocka	Josef	21 966
Brendel	Herrmann	37 349
Czesiakiewitz	Alice	12 78o
Fauth	Adolf	16 368
Gellert	Harry	34 6o1
Giehl	Ernst	21 838
Kröppelt	Margarete	12 547
Müller	Josef	37 632
Stutz	Antonie	28 916
Weigelt	Herbert	31 979
Wiesneth	Josef	37 682

2. OBERSCHENKEL

Allmacher	Martina	36 843
Amtmann	Katharina	31 473
Batz	Jörg	4o 925
Behrmann	Heike	34 887
Bergner	Erich	38 65o
Denter	Arthur	26 921
Diegel	Johann	4o o44
Ebersberger	Christiane	3 735
Förster	Waldemar	25 81o
Foppe	Kjersti	33 847
Fritz	Wally	38 54o
Fuchsstadt	Berta	35 818
Grabner	Käthe	6 8o4
Graul	Wilfried	34 396
Hertel	Norbert	36 171
Herzig	Babette	3o 73o
Kimschal	Heinrich	4o o4o

Kaulfersch	Ferdinand	32 385
Krahl	Dieter	37 558
Krapf	Manfred	33 243
Kraus	Johann-Georg	31 962
Körbel	Klara	27 o79
Mehl	Kunigunde	4o 241
Meier	Minna	29 967
Michaler	Barbara	29 939
Michel	August	31 689
Mirsberger	Heidi	37 188
Möller	Babette	588
Müller	Sabine	36 o18
Rade	Marie	29 593
Reul	Alfred	23 684
Reul	Eva	23 681
Rothemund	Gertrude	26 943
Schimmer	Jürgen	36 713
Schnappauf	Käthe	32 794
Schuster	Kurt	28 658
Sommer	Hedwig	28 512
Souvek	Anna	33 574
Spindler	Josefine	26 o55
Stenz	Elise	29 591
Strattner	Marie	28 o95
Strauß	Kunigunde	36 o84
Traul	Karoline	27 o4o
Treml	Kathi	39 9o4
Umrein	Gertraud	3o 673
Wagner	Dorothea	38 366
Wedlich	Rudolf	32 o24
Weidlich	Paula	27 161
Weinert	Therese	2o 31o
Welker	Babette	19 491
Werner	Aloisia	4o o21
Werner	Margarete	27 811
Wolfel	Babette	33 648
Wylezik	Elsbeth	27 583

3. KNIE

Brater	Sylvia	36 718
Hildberger	Hildegard	11 65o
Hippacher	Michele	28 439
Hohmann	Frieda	27 282
Jenner	Katharina	33 373
Schlauss	Frank-Günther	38 596
Schmolke	Hans	3o 4o7
Siegling	Waltram	36 882
Vogel	Alois	32 363
Wagner	Karoline	31 5e8
Wolf	Margarete	33 e24

4. UNTERSCHENKEL

Abendroth	Klaus	35 95o
Beader	Erna	32 142
Biegel	Margarete	19112
Bock	Christa	29 676
Böhmer	Lyris	29 663
Brunner	Georg	31 567
Bublitz	Martha	3 633
Buchlisch	Maria	3o 354
Butzel	Maria	37 631
Clacery	Werner	24 o66
Dobrowolski	Manfred	31 o38
Dütsch	Alfred	38 133
Ebersberger	Klara	15 o88
Eckert	Josef	37 8o6
Engel	Monika	26 182
Fähndrich	Rudolf	17 734
Faust	Helmut	34 o26
Freygang	Hildegard	29 317
Gabriel	Hans	38 144

Gambel	Gisela	32 399
Geißler	Angela	28 566
Geist	Peter	38 844
Gemmel	Gerhard	29 326
Giehl	Georg	6 697
Haala	Eduard	34 591
Haupt	Helmut	28 46o
Hausmann	Adolf	35 215
Herold	Irmgard	2 6oo
Herz	Johann	37 o58
Hilgenstöhler	Willi	29 812
Himmler	Ludwig	37 o91
Isaksen	Hege	35 727
Jessing	Karl-Jochen	35 366
Kalterhäuser	Jutta	38 631
Kaufhold	Ellionore	31 524
Kernwall	Walter	25 914
Kiesel	Anna	14 556
Killermann	Herbert	34 o19
Kofler	Helga	28 15o
Krause	Helmut	5o 428
Krause	Helmut	33 679
Kroß	Reinhard	3o 857
Krumm	Adolf	3o 42 6
Ladwig	Rudolf	37 393
Läge	Dieter	35 438
Lämmermann	Lorenz	36 512
Laugner	Peter	29 647
Levis	William	34 592
Lieban	Gerhard	19 478
Malcher	Elke	34 155
Matern	Christoph	34 875
Mehl	Maria	3o 411
Meier	Wilhelm	29 641
Miljan	Marjan	33 381
Mische	Walter	9 514

Mönius	Konrad	5 181
Muchis	Roland	35 585
Müller	Jakob	28 683
Müller	Josef	34 692
Nagel	Bodo	31 o98
Nagengast	Maria	2 878
Neidhard	Hildegard	31 889
Nottebohm	Heinz	1 415
Novare	Anud	25 626
Nowak	Hildegard	23 788
Sauer	Peter	17 928
Schäfer	Heike	33 327
Schieder	Alois	17 545
Schimmeck	Dietmar	32 486
Schmidt	Siegfried	28 175
Schmitt	Bruno	23 6o4
Scholz	Hans	29 2oo
Scholz	Josef	33 949
Schwarzmann	Waltraud	32 4o9
Seybold	Ursula	4o o31
Stürmer	Else	2o 163
Texter	Armin	32 2o6
Thodosidis	Styliamos	12 o68
Toch	Istovan	36 697
Valentiner	Gertrud	3o 457
Vorrath	Rudolf	36 53o
Wagner	Ernst	13 349
Wagner	Josef	29 796
Wallner	Günther	38 9oo
Weiss	Erik	19 29o
Wendler	Alfons	7 351
Wickelmann	Petra	34 519
Winkler	Beate	37 861
Wolf	Gerd	23 875
Zenger	Babette	3o o95

5. MALLEGLEN

Assmuß	Ruth	32 188
Bär	Georg	1o 826
Baier	Hans	25 923
Batscha	Peter	36 127
Bauer	Ella	29 666
Bauer	Johann	32 47o
Beyer	Eduard	28 674
Bleimüller	Georg	37 226
Brendel	Paul	26 934
Dandl	Rosemarie	32 396
Dorn	Paul	26 381
Drechsler	Friedrich	26 3o5
Eichhorn	Robert	32 353
Endsberger	Ingeborg	38 o49
Erdmann	Margarete	36 851
Falter	Hubert	31 654
Felkel	Brigitte	3o 866
Fuhrmann	Max	26 936
Gebhardt	Rudi	28 764
Gehring	Ilse	31 3o8
Gittelbauer	Wilhelmine	29 6o6
Götz	Horst	35 83o
Graf	Anton	27 194
Haimhuber	Augustin	3o 37o
Hammer	Margarete	29 o24
Heider	Adolf	29 o31
Hoffmann	Olga	28 953
Ischenko	Waltraud	28 641
Jakobson	Jakob	33 o46
John	Werner	27 253
Jung	Georg	3o 95o
Keck	Lorenz	33 634
Kneuer	Johann	3o 935
Koehler	David	29 o98

Kohler	Gertrud	28 312
Krammer	Anna	31 784
Küpfer	Georg	34 885
Küpfer	Hans	28 445
Kühne	Ingrid	31 514
Kraft	Erna	29 535
Lang	Gertrud	18 81o
Langhammer	Günter	7 739
Lindner	Bernhard	28 5o8
Lober	Carola	27 364
Lochner	Kunigunde	39 837
Lösel	Georg	33 9oo
Logermann	Bernd	36 4o6
Malter	Maria	29 196
Mayer	Könnigsreiter	22 oo2
Meier	Christian	35 577
Meyer-Bölling	Ilse	3o 858
Müller	Elisabeth	3o 129
Müller	Franz	1 2oo
Nagel	Alfred	37 o92
Pempel	Alfred	3o o65
Pfannenstein	Toni	28 159
Pfisterer	Ernst	29 322
Pientka	Paul	29 627
Pösch	Betty	28 216
Preiß	Eva	29 678
Prütting	Anna	27 914
Rainer	Friedel	[redacted]
Rappensteiner	Barbara	7 266
Reinke	Willi	3o 369
Reisewitz	Hermann	29 614
Römisch	Betty	34 418
Ruff	Heinz	29 258
Saft	Hannelore	32 432
Sauerhammer	Margarete	3o o23
Sauer	Paul	15 562

Schmitt	Georg	38 316
Schmitt	Babette	26 4o4
Schneider	Margarete	27 442
Schraubel	Josef	28 3o6
Schwarz	Margot	28 4o1
Schwarzbauch	Rudolf	29 727
Sellerer	Fritz	3o 626
Sillner	Babette	31 684
Snaidero	Maria	28 854
Steck	Martin	26 198
Steinbach	Wenzel	8 359
Straub	Jakob	24 724
Tajnel	Wilhelmine	34 675
Vogel	Heinrich	28 453
Vogel	Klara	13 969
Vogel	Wilhelm	2 245
Wächerle	Gertrud	27 576
Weber	Klara	3o 6o2
Wendler	Mathilde	29 8o5
Wild	Auguste	38 7o7
Wild	Heinz	1o 59o
Winderfer	Adolf	3o 3o7
Winkler	Elisabeth	34 579
Wittmann	Fanny	37 55o
Wörner	Kunigunde	8 551
Zeilinger	Margarete	28 654
Tink	Fritz	27 85o
Zuber	Berta	32 467

6. <u>FUSSWURZEL</u>

Beutel	Robert	27 915
Buhl	Richard	17 87o
Elwein	Margarete	34 21o
Hertlein	Georg	27 o26
Künsberg	Wally	38 o22

Leipold	Georg	29 523
Müller	Karl	33 179
Schorch	Wilhelmine	33 5o2
Thomä	Klaus	3 591
Wild	Karl	584

7. <u>MITTELFUSS</u>

Addlmann	Manfred	31 o99
Bachmeier	Renate	3o 89o
Baerschmidt	Josef	36 846
Brandenstein	Ulrich	36 24o
Drossus	Aristidis	27 944
Fellmann	Bringfriede	3o 179
Felten	Constanze	14 315
Galliani	Bruno	39 85o
Ginczek	Karl-Heinz	38 o79
Gropp	Gerda	28 529
Heinke	Ulrich	35 879
Hofmann	Betty	34 o22
Kazner	Steffi	35 857
Klaja	Gerd	36 114
Knerr	Gisela	21 914
Kummeth	Friedrich	34 518
Munz	Hans-Dietrich	39 733
Nein	Max	6 835
Reichelsdorfer	Christa	2 892
Reif	Walter	37 678
Sauer	Peter	21 295
Schiele	Friedrich	37 435
Schuna	Paula	3o 922
Schwinn	Annemarie	3o 946
Steinbich	Dieter	31 649
Waller	Gerhard	39 645
Wolf	Georg	34 291
Zuppe	George	36 556

8. ZEHEN

Akkad	Oscar	36 391
Beigel	Gudrun	23 o82
Biburger	Manfred	35 852
Caisel	Georg	32 2o9
Chambers	Edda	34 865
Cutrumco	Antonio	39 2o7
Czellnile	Peter	32 57o
Derg	Werner	31 o31
Dippold	Wanda	17 o18
Dorn	Georg	29 267
Dumbas	Apostolos	3o 857
Fries	Helga	37 842
Gelbrovic	Masinko	38 687
Grund	Karl	36 123
Hendel	Friedrich	39 267
Hendel	Rosemarie	37 436
Herrmann	Oswin	37 488
Hohn	Günter	34 4o1
Kappus	Friedrich	33 137
Kaufmann	Martin	35 183
Kirchhöfer	Waltraud	33 5o9
Koch	Willi	33 o63
Konstantinowitsch	Johann	37 476
Krauthöfer	Josef	37 566
Leisgang	Karl-Heinz	38 249
Lohr-Thiel	Hannelore	27 333
Maas	Klaus	29 o12
Magnus	Elsbeth	34 893
Meier	Johann	39 44o
Mehlor	Andreas	33 333
Müller	Hans	36 458
Omidi	Mohamed	37 171
Orth	Antonie	38 305
Philipp	Alfred	38 611

Rahmisch	Hans-Günther	4 967
Ramming	Philipp	32 846
Ritzer	Werner	38 52o
Rocchi	Franco	33 843
Ruttmann	Irmgard	12 816
Schnettler	Gerd	32 82o
Scherer	Sabine	37 484
Schwarz	Andreas	37 966
Sraieb	Rachid	34 693
Süss	Hubert	31 853
Vollrath	Wolfgang	35 651
Walter	Adolf	35 464
Watzinger	Hans-Joachim	3o 865
Zeh	Eberhard	29 278
Zürl	Johann	39 875

E. GESCHLOSSENE VERLETZUNGEN DER MUSKULATUR

Buss	Tassili	33 o27
Endmann	Gerhard	34 9o9
Feess	Gerhard	5 8o7
Heigl	Walter	4 134
Karbe	Eckhard	37 981
Konrad	Luise	7 565
Künnemeyer	Bernhard	37 524
Ludwig	Ilse	33 349
Niemczyk	Helmut	26 792
Patzak	Erwin	24 736
Swerz	Heribert	33 516

GRUPPE II FIRSCHE OFFENE VERLETZUNGEN

A. SCHÜRFWUNDEN

Alker	Elfriede	36 76o
Amura	Salvatore	33 832
Behrend	Ingrid	3o 368
Bernhardt	Elke	35 429
Bichler	Cornelia	33 694
Böhm	Maria	35 412
Bregula	Käthe	37 836
Brenner	Rosemarie	31 985
Dippel	Renate	31 758
Drewitz	Gerhard	35 771
Dürrbeck	Rosa	38 516
Dummert	Jutta	34 677
Edebharter	Franz	34 586
Efimba	Viktor	36 842
Ettore	Raimonda	32 583
Fink	Erwin	35 8o1
Fischer	Gerhard	36 o12
Fischer	Rüdiger	35 815
Franke	Werner	32 441
Glasser	Elfriede	32 125
Gambel	Hans	36 551
Gran-Bono	José	35 774
Groums	Helga	35 8o1
Hanke	Christian	35 474
Hartmann	Irmgard	37 o94
Hersberger	Erich	34 o82
Hieltel	Hans	37 852
Horn	Gabriele	34 399
Huber	Monika	35 o38
Jähne	Sigrun	2[illegible] 755
Jakob	Gerhard	33 561

Jankowiak	Jutta	28 4o4
Jordan	David	34 6oo
Jungler	Waltraud	34 9o6
Key	Ferdinand	35 586
Kleinlein	Anita	39 oo6
Kliemke	Otto	37 971
Koch	Waltraud	38 148
Kohl	Andreas	36 662
König	Herta	39 662
Konsilewitz	Ferdinand	31 564
Korzendorfer	Willi	35 458
Koschel	Walter	3o 86o
Krause	Bernhard	38 772
Kubon	Joachim	3_ 737
Langheld	Walter	35 471
Lautenschläger	Jürgen	36 593
Langer	Heinz	3o 345
Liebel	Josef	35 8o8
Liebl	Ingrid	37 o18
Lux	Sibylle	39 254
Maschke	Walli	36 552
Meier	Martin	34 659
Kerckl	Rosemarie	33 62o
Meyer	Kunigunde	359
Meyer	Hannchen	26 3o3
Meyer	Manfred	3 o8o
Müller	Karl	35 587
Neidhardt	Gabriele	36 527
Neundeubek	Ute	34 873
Notz	Peter	33 o25
Paulus	Bernd	34 871
Pfann	Marga	38 132
Pfann	Rolf-Peter	38 o7o
Pfannenmüller	Beatrix	35 4o9
Paulus Ber	Bernnd	34 871

Pühlmann	Horst	34 942
Popp	Bernhardt	15 532
Rauschmeier	Hella	35 864
Reich	Georg	3o 825
Reithmann	Karin	3o 536
Richter	Dora	39 638
Richter	Gisela	38 o39
Riemen	Gisela	32 361
Romanello	Guiseppe	31 995
Schacher	Katharina	37 616
Schenk	Dieter	34 427
Schmidt	Anneliese	33 697
Schmidt	Charlotte	35 964
Schmitt	Georg	2o 179
Schmutny	Udo	15 161
Schobert	Magdalena	23 696
Schulz	Bärbel	39 287
Semgyvani	Hans	35 738
Steinmüller	Reiner	36 724
Stübel	Paul	3o 948
Thuy	Helmut	31 674
Tremmer	Manfred	35 886
Veit	Armin	39 o96
Wals	Manfred	32 298
Wartenfelser	Barbara	36 1o2
Weimann	Norbert	5 57o
Werner	Ernst	38 159
Wirth	Jürgen	35 57o
Wuttig	Eveline	32 297
Zeiseler	Maria	39 932
Zickenheimer	Henrik	9 8o5

B. PLATZWUNDEN

Bantsch	Hans-Joachim	3o o64
Bretting	Gerhard	2o 6o8
Hertlein	Babette	29 689
Höfner	Rolf	37 o76
Hofmockel	Bruno	3o 831
Hutzelmann	Margarete	33 638
Kademann	Else	38 8o4
Knott	Maria	36 533
Konheiser	Adolf	36 164
Land	Henry	36 5o5
Lindner	Renate	31 5o8
Mayer	Peter	34 897
Merz	Hans	34 417
Meyer	Helga	28 482
Meyer	Helmut	28 48o
Mücke	Klaus	14 937
Rodel	Werner	23 595
Schmitt	Theresia	35 71o
Waller	Renate	34 171
Weinecke	Gunda	33 o52
Würstlein	Heinrich	33 599

C. RISSWUNDEN

Alberti	Manfred	34 875
Birkholz	Erich	34 o94
Bock	Philipp	33 226
Coburger	Marianne	33 911
Derfuss	Franz	35 277
Distler	Gisela	30 124
Distler	Wilhelm	37 o82

Pummert	Ewald	27 814
Polzmann	Anna	36 169
Kosse	Marianne	35 725
Gierisch	Irene	35 865
Gierth	Klaus-Dieter	7 319
Grieger	Victoria	13 636
Grünbaum	Günther	34 o4o
Gnegwer	Marie-Luise	35 692
Günther	Ingrid	32 1o8
Haas	Kurt	23 1o8
Hossmann	Margarethe	34 8o7
Heldrich	Elfriede	34 16o
Heller	Maria	39 848
Hiermann	Georg	37 685
Hinterleithner	Klaus	32 218
Heffmann	Alfred	33 63o
Hofmann	Heinrich	37 182
Jochmann	Udo	34 699
Jungleib	Kunigunde 35 257	35 257
Kalveit	Dieter	34 929
Kotschenreuther	Alfred	3 192
Krauß	Georg	32 481
Kress	Rainer	36 22o
Krumm	Bernhard	28 544
Lehner	Harald	32 27o
Lorenz	Sigrid	31 364
Meisel	Franz	36 2o7
Merkel	Norbert	34 849
Metzner	Joachim	35 o42
Mladenoff	Peter	35 661
Mleinek	Frieda	1 181
Moldin	Alfons	34 o23
Pelz	Manfred	33 o94
Precht	Elfriede	1o 308
Reinisch	Helmut	28 924
Rottmann	Gertrud	3o 682

Schaller	Lieselotte	37 857
Scheithauer	Egbert	3o 896
Schleifer	Cita	31 279
Schmidt	Eva-Marie	3o 547
Schreiner	Therese	12 153
Schütz	Heinrich	33 412
Seibert	Josef	3o 318
Spörlein	Margarete	32 135
Vogel	Hans	34 586
Wachter	Thomas	974
Westermann	Marie	35 873
Wiesheier	Georg	38 848
Winkler	Hermann	33 557
Wolf	Heinrich	35 882
Zaponnuel	Herbert	35 879

D. <u>QUETSCHWUNDEN</u>

Bauer	Walter	36 712
Biermeier	Georg	31 987
Bloosfeld	Werner	39 43o
Böhmer	Heinrich	34 861
Brandt	Peter	35 436
Carruba	Guiseppe	31 296
Christoel	Alfred	33 136
Dicker	Heiner	34 996
Dohnalek	Hans-Jürgen	35 692
Eh	Hans-Erwin	13 943
Escherich	Heidrun	32 351
Fleischer	Christine	15 o27
Held	Dagmar	37 o57
Krämer	Jochen	37 o67
Rademacher	Friedhelm	35 146

Risse	Anton	38 593
Sänger	Johann	12 764
Scherdel	Helmut	23 962
Schmitt	Angela	3o 9o6
Schmitt	Sylvia	39 194
Stirnweiß	Georg	4o 275
Thoma	Georg	4o 223

E. SCHNITTWUNDEN

Bauer	Heinrich	27 245
Bauer	Jürgen	33 14o
Bauer	Rudolf	34 o64
Baumer	Monika	31 56o
Bichler	Heinz	33 695
Bögelein	Georg	32 39o
Bregulla	Stefan	37 473
Däschler	Ernst	34 8o3
Dax	Andreas	33 2o9
Dirian	Wolfgang	33 565
Ebert	Karl-Heinz	35 621
Eger	Marlene	37 291
Fahry	Werner	34 872
Fiedler	Kurt	12 129
Friedrich	Else	33 567
Fußangel	Rosemarie	34 698
Gebhardt	Viktoria	33 o56
Glas	Hans	26 755
Gröttner	Helga	3o 112
Gumbmann	Marie-Luise	34 922
Hacker	Dieter	4o 339
Heine	Kurt	33 828
Himmer	Oskar	34 425
Kahl	Siegfried	35 631
Knauer	Berta	34 167

Kommin	Dieter	34 436
Kunstmann	Anna	35 1o6
Lambert	Karl-Heinz	34 994
Lange	Arne	35 1o6
Leibinger	Günther	34 944
Lober	Lucie	4o 225
Manderscheid	Horst	34 493
Marb	Gerhard	38 819
Michek	Ulrich	35 991
Neumeyer	Sigrid	36 152
Rixner	Wilhelm	7 2o8
Rupp	Reinhard	36 717
Pech	Franz	36 413
Scharmacher	Gustav	4 949
Schneider	Herbert	36 18o
Schürner	Konrad	33 572
Seeberger	Helene	22 213
Stötzer	Elfriede	35 824
Strobel	Werner	29 711
Stutrucker	Anneliese	28 496
Vogtmann	Joachim	33 189
Wenzel	Frieda	35 726
Wildt	Monika	37 149
Wunderlich	Helga	29 195
Zacher	Hans	15 288
Zettl	Anna	3o 968

F. FREMDKÖRPERVERLETZUNGEN

Bauer	Ingeborg	11 775
Bruns	Anton	32 239
Dausch	Erich	36 6o8
Dengler	Josef	3o 835
Gschwandtner	Peter	33 518
Horlacher	Fred	33 2o6

Krätzl	Gudrun	3o 164
Müller	Elisabeth	15 518
Müller	Hans	4o o39
Punselt	Edwin	37 157
Schmitt	Otto	23 23o
Schmitt	Raimund	36 o21
Soff	Erich	13 457
Tonner	Josef	34 945
Weißbeck	Martha	33 514

G. STICHVERLETZUNGEN

Bauer	Jutta	29 o26
Bevilaqua	Antonio	35 723
Borraccia	Leonardo	32 721
Calbone	Gerhard	34 o73
Cardinale	Leonardo	35 811
Conway	Robert	29 3o4
Di Simine	Guiseppe	3o 911
Dietsch	Peter	34 815
Dülk	Ursula	39 835
Egersdörfer	Alfred	4 9o2
Fera	Domenico	3o 17o
Gaal	Veronika	34 93o
Gabler	Elke	37 487
Gräf	Werner	33 191
Grohgans	Andreas	3o 854
Held	Erika	37 o88
Hetzner	Reinhold	39 749
Kasper	Ottilie	37 348
Kaufmann	Bernhard	34 288
Knaus	Heinrich	15 3o1
Kohlmann	Rudi	29 778
Kostinek	Otto	32 159
Kraus	Uwe	29 171
Kugler	Willi	32 784

Liebermann	Arend	35 434
Lodziana	Karl	28 22o
Magana	José	33 674
Motz	Franz	33 518
Noppenberger	Konrad	2 259
Pieschl	Peter	36 395
Raschke	Rita	35 578
Rieser	Erwin	36 564
Russelo	Antonio	36 388
Seyffarth	Adolf	33 316
Steffanidis	Werner	31 389
Tschminidis	Polichronos	36 681
Veit	Manfred	39 258
Vossmeyer	Jörg	31 667
Weiler	Helga	35 611
Wolochatjuk	Stefan	36 846

H. BISSWUNDEN

Burnasic	Zlatko	29 67o
Hanke	Manfred	31 931
Heubeck	Käthe	36 243
Klier	Hans	31 669
Koormann	Margarete	29 774
Lenz	Dietrich	35 888
Petrowsky	Franz	31 561
Piringer	Ignatz	37 o12
Schmidt	Ursula	9 867
Schunatz	Michale	36 611
Tantoz	Wolfgang	35 896
Zierhut	Maria	39 942

J. VERBRENNUNGEN, ERFRIERUNGEN, VERÄTZUNGEN

Bauer	Herta	16 947
Bormann	Norbert	33 553
Brendel	Norbert	33 175
Ertel	Peter	8 157
Gerlach	Willy	3o 556
Held	Lina	37 275
Jany	Johann	21 247
Klöhn	Hans	24 229
Korrosiabris	Prodonos	35 158
Krasson	Emilie	33 o35
Kugel	Bernhard	3o 982
Lang	Berta	38 877
Mucha	Gerhard	36 6o6
Nitsche	Anna	21 736
Pollak	Erna	28 969
Ritschel	Margarete	28 923
Röder	Bernd	18 885
Schühlein	Wilhelm	12 o64
Weiss	Hans	38 891
Wellein	Marlene	39 945

GRUPPE III ENTZÜNDLICHE PROZESSE

1. WUNDEN MIT EITERANSAMMLUNG

a. Panaritien

Albrecht	Frieda	3o 672
Axmann	Angelika	26 298
Bauer	Michael	37 745
Behm	Hedwig	23 668
Blumich	Gertrud	18 151
Diefert	Irmgard	29 2o1
Enhard	Ursula	24 o97
Falkner	Ludwig	31 665
Feddersen	Peter	34 oo1
Fischer	Klaus	36 625
Graf v. Königsmark	Johann	32 826
Haas	Maria	36 857
Hermanndörfer	Elke	25 o27
Hyla	Berta	37 248
Klee	Hans	35 26o
Klier	Ute	36 651
Kraus	Maria	33 322
Lenhart	Heinrich	31 873
Meyer	Elisabeth	35 476
Neubeck	Hans	34 21o
Reichert	Helmut	23 365
Reitenspiess	Ilse	34 o7o
Sandner	Siegfried	29 466
Schlee	Ursula	31 518
Schwarz	Brigitte	37 887
Seeberger	Therese	36 776
Sippel	Helmut	36 365
Stebner	Hugo	46 23o
Wächter	Bernhard	36 119
Zeiger	Friedrich	31 9o5

b. Abszesse

Arnold	Erich	6 649
Bellenhöfer	Hildegard	3 o53
Danner	Ingeborg	4o o17
Dresche	Günter	34 664
Galla	Thomas	35 225
Glöckl	Hans	12 652
Hamper	Philipp	31 51o
Hartmann	Hilma	33 972
Hellrich	Hans	36 487
Hoffmann	Jürgen	17 961
Kappes	Hans	33 971
Ort	Marga	6 151
Reinke	Bärbel	34 o37
Selig	Georg	3o 971
Steinberg	Doris	32 359
Tippmann	Frieda	21 759
Uhlig	Ehrhard	35 576
Vierzigmann	Karl	36 157
Wiesent	Johann	3o 578
Zangel	Georg	36 o88
Zorr	Heinrich	34 825

c. Phlegmone

Mahler	Herbert	33 865
Och	August	37 096
Rode	Renate	38 oo8
Schubert	Wolfgang	37 92o

d. Bursitis

Andreas	Georg	34 238
Berger	Johann	37 4o6
Christel	Leonhard	32 225
Gulden	Renate	36 676
Kohl	Rudolf	35 814

Langguth	Maria	3o 768
Leipnitz	Rosemarie	34 894
Lösch	Elisabeth	12 659
Schatz	Ludwig	38 617
Sperk	Hannelore	33 297

e. Tendovaginitis

Feldmann	Walter	32 695
Rössler	Edith	31 925

2. FURUNKEL, KARBUNKEL

Becker	Gert-Joachim	35 217
Busch	Ulrich	29 333
Knorr	Rosa	3o 519
Robens	Peter	1 168
Schmitt	Wolfgang	34 8oo
Spiegel	Günther	32 115
Wiesner	Erna	33 352

3. SONDERFORMEN

a. Osteomyelitis

Benyo	Tesoo	34 217
Betz	Gerhard	31 917
Bless	Herrmann	32 553
Brunner	Fritz	3o 188
Dittrich	Johann	33 485
Gärtner	Erika	32 250
Heinz	Adolf	17 563
Jellitsch	Hans	35 615
Münch	Hermann	31 346

Nikolai	Peter	3o 892
Pflaum	Johann	36 o79
Rosenzweig	Georg	32 572
Rost	Johann	26 1o7
Schrödel	Georg	37 272
Weber	Paul	33 154
Wellein	Leonhard	34 253
Winkler	Christine	29 842

b. <u>Periostitis</u>

Kusche	Willi	1o 318
Rothwange	Katharina	3o 792

c. <u>Gonitis</u>

Diller	Hans-Jürgen	14 o15
Fotopulos	Wassilios	31 872
Günther	Josef	34 19o
Hegensdorfer	Hans	29 761
Krause	Eberhard	36 6o1
März	Fritz	28 978
Peter	Andreas	34 oo9
Tramer	Philipp	38 662
Weiss	Siegfried	39 o83
Zirkel	Klaus	31 551

d. <u>Erysipel</u>

Bräutigam	Roswitha	27 962
Fischer	Ewald	37 299
Meisters	Wolfgang	33 2o4
Jansen	Marlies	35 48o
Münch	Horst	34 9o8
Schmidt	Hans-Peter	29 844
Stiegler	Charlotte	37 391

GRUPPE IV NICHT UNFALLBEDINGTE ERKRANKUNGEN

1. ARTERIELLE GEFÄSSERKRANKUNGEN

Bickel	Hans	17 255
Breyer	Otto	36 387
Friedrich	Max	35 675
Hirschmann	Georg	39 967
Kerschbaum	Heinrich	3o 724
Luft	Chrinstinek	31 954
Leibiger	Lorenz	36 o73
Mayer	Michael	11 99o
Seifert	Meta	38 356
Strauch	Maria	3o 962
Tetzel	Johann	38 934
Teufel	Georg	31 746
Tschernenzer	Marie	21 738
Wunderlich	Erwin	37 811
Zech	Georg	1o 419
Zehgruber	Konrad	35 855
Zutzler	Gerhard	4o 1o9

2. VENÖSE GEFÄSSERKRANKUNGEN

a. Varicosis

Bauer	Johanna	35 113
Forst	Hilde	37 515
Ecke	Else	31 o85
Erol	Ali	3o 486
Gast	Georg	29 372
Gittelbauer	Lisbeth	28 82o
Holzschuh	Maria	33 846
Kaiser	Brigitte	32 153

Kiepfler	Margarete	29 572
Klarwein	Maria	36 941
Leitner	Gunda	36 218
Lemberger	Anna	32 17o
Lüther	Marianne	35 449
Mauerer	Ernst	37 176
Modschliedler	Maria	37 399
Neumeyer	Karl	33 822
Paulus	Margarete	3o 69o
Reiser	Hans	37 278
Reuter	Anny	37 465
Ruchmann	Johann	37 152
Schaumberger	Steffi	2o 271
Scheffler	Helene	33 o66
Schmidt	Ida	29 o79
Thung	Mathilde	3o o77
Weisel	Margarete	29 o59
Werner	Erwin	36 866
Werner	Hildegard	35 778
Werner	Josef	31 861
Wolfram	Klaus	35 678

b. THROMBOSEN

Bergmann	Fritz	14 251
Birke	Maria	35 o16
Brandl	Karl	39 421
Fr. Finn	Oskar	31 512
Förner	Agnes	37 489
Frisch	Rosa	3o o72
Fritzmann	Gertrud	1 496
Käferstein	Maria	37 365
Ludwig	Anni	27 128
Nagler	Maria	36 197
Pfeiffer	Theodor	38 627

Pieger	Johann	29 o75
Pilz	Anja	31 o95
Rompza	Walter	27 257
Rost	Margarete	6 288
Schuhmann	Hans	3o 39o
Semrain	Helga	34 837
Wein	Kunigunde	29 89o
Weindl	Xaver	29 84o
Zäh	Karline	28 638

3. TUMOREN

Bauer	Waltraud	5 562
Beck	Ludwig	11 574
Blobner	Walter	29 756
Bregulla	Georg	32 571
Egelseer	Werner	34 688
Ehrhardt	Michael	3o 782
Endler	Johannes	3o 787
Friedrich	Carola	29 85o
Hälzer	Fritz	56 699
Jung	Sieglinde	17 85o
Kaiser	Lorenz	35 351
Kohl	Waltraud	15 5o7
Koslowsky	Ursula	33 156
Kurz	Ingeborg	29 o69
Lang	Elisabeth	26 236
Maderholz	Georg	33 91o
Maier	Georg	37 532
Nees	Veronika	39 78o
Niggemann	Heike	39 14o
Polenda	Karl	39 872
Reisewitz	Julius	35 279

Seitz	[redacted]	29 140
Schlieter	Christine	28 745
Schonath	Maria	30 173
Settler	Thomas	34 696
Severin	Eva	13 269
Steinecke	Jutta	37 980
Strobel	Michael	37 653
Tesan	Martha	54 222
Vögler	Otto	32 197
Weber	Franz	34 522
Willmann	Karl	32 185
Wimmer	Elfriede	33 813

4. SONDERFÄLLE

Baum	Vinzenz	24 631
Berchtenbreiter	Heinrich	36 217
Eitelhuber	Jakob	35 299
Felber	Andreas	33 974
Friedl	Christine	56 768
Frauenknecht	Brigitte	34 541
Hader	Katharine	35 361
[redacted]	Hilde	36 168
Knetzger	Margarete	39 147
Körber	Ingrid	35 114
Lari-Ardjomand	Ali	3 362
Lex	Helmut	29 118
Mende	Helme	35 863
Müller	Ursula	37 965
Schleger	Gustav	39 058
Schlund	Georg	20 819

Schneider	Johann	54 289
Städtlerm	Dieter	38 585
Stark	Paula	35 188
Strätz	Therese	29 528
Thäter	Grete	34 681
Weber	Joachim-Ernst	37 587
Weyh	Max	34 927

Ich möchte an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. G. Hegemann für die Überlassung des Themas

und Herrn O.A. Priv. Doz. Dr. H. Bünte für die freundliche Unterstützung

meinen ergebensten Dank aussprechen.

LEBENSLAUF

Ich, Walter H i e n s t o r f e r , bin am 21. April 194o in München als Sohn des damaligen Amtsgerichtsrats und jetzigen Amtsgerichtsdirektors i.R. Dr. Albert Hienstorfer und dessen Ehefrau Waltraut Hienstorfer, geb. Eyrainer, geboren.

Von September 1945 bis Juli 1951 besuchte ich die Volksschule in Landau/Isar. Anschließend war ich von September 1951 an Schüler des humanistischen Gymnasiums Metten/Ndby., wo ich am 13. Juli 196o das Abitur ablegte.

Vom November 196o an nahm ich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg das Studium der Medizin auf. Dort legte ich am 5. März 1964 die ärztliche Vorprüfung und am 14. September 1967 die ärztliche Prüfung ab. Seit 1. November 1967 bin ich als Medizinalassistent im Stadtkrankenhaus Ingolstadt tätig.

Ingolstadt, den1.April 1968